



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



GUATEMALA ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD 2015



Agosto, 2015

Esta publicación se ha llevado a cabo para su revisión por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue elaborada por Carlos Avila, Rhea Bright, Jose Carlos Gutierrez, Kenneth Hoadley, Coite Manuel y Natalia Romero, y editada por Michael P. Rodriguez para el Proyecto Health Finance and Governance (HFG).

Proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud (HFG). El proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud (HFG) de USAID ayuda a mejorar la salud en países en desarrollo ampliando el acceso de las personas al cuidado de la salud. Bajo la dirección de Abt Associates, el equipo del proyecto trabaja con países socios para incrementar sus recursos nacionales para la salud, administrar esos valiosos recursos de manera más efectiva, y tomar decisiones acertadas de compra. Como resultado, este proyecto global de cinco años de duración y de \$209 millones de dólares incrementa el uso tanto de los servicios de atención primaria como de atención prioritaria, incluyendo servicios relacionados con VIH/SIDA, tuberculosis, malaria y salud reproductiva. Diseñado para fortalecer de manera fundamental los sistemas de salud, HFG brinda apoyo a los países mientras navegan las transiciones económicas necesarias que les lleven a lograr una cobertura universal en salud.

Agosto 2015

Convenio de Cooperación No: AID-OAA-A-12-00080

Presentado a: Scott Stewart, AOR
Oficina de Sistemas de Salud
Oficina de Salud Global

Citación recomendada: Avila, Carlos, Rhea Bright, Jose Gutierrez, Kenneth Hoadley, Coite Manuel, Natalia Romero, y Michael P. Rodriguez. *Guatemala, Análisis del Sistema de Salud 2015*. Bethesda, MD: Proyecto Health Finance and Governance, Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North | Bethesda, Maryland 20814
T: 301.347.5000 | F: 301.652.3916 | www.abtassociates.com

Avenir Health | Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI)
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)



GUATEMALA, ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD, 2015

LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los puntos de vista del autor aquí expresados no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), o del gobierno de los Estados Unidos.

CONTENIDO

ACRÓNIMOS.....	v
RECONOCIMIENTOS	ix
RESUMEN EJECUTIVO	xi
I. METODOLOGÍA.....	1
1.1 Marco del Enfoque del Análisis de Sistemas de Salud	1
1.2 Proceso del HSA.....	1
2. PANORAMA GENERAL	3
2.1 Tendencias Demográficas.....	5
2.2 Perfil Epidemiológico	6
2.3 Salud Reproductiva y Planificación Familiar	7
2.4 Mortalidad Materna.....	8
2.5 Salud Infantil	10
2.6 Nutrición.....	10
2.7 VIH/SIDA.....	11
2.8 Panorama del Sistema de Salud.....	12
3. GOBERNANZA.....	15
3.1 Panorama de la Gobernanza.....	15
3.2 Política, Legislación, y Marco Regulatorio.....	17
3.3 Voz Ciudadana, Grado de Respuesta, y Transparencia	24
3.4 Conclusiones y Recomendaciones.....	27
4. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD	33
4.1 Panorama del Financiamiento de la Salud	33
4.2 Flujo y Administración de Recursos.....	37
4.3 Movilización de Recursos	41
4.4 Asignación de Recursos	44
4.5 Compras.....	49
4.6 Mancomunidad de Recursos.....	52
4.7 Conclusiones y Recomendaciones.....	53
5. PRESTACION DE SERVICIOS	59
5.1 Panorama de la Prestación de Servicios.....	59
5.2 Organización de Redes de Prestación de servicios de Salud	59
5.3 Acceso a Servicios de Salud.....	69
5.4 Utilización y Demanda de Servicios de Salud	76
5.5 Calidad de los Servicios de Salud	79
5.6 Conclusiones y Recomendaciones.....	80
6. RECURSOS HUMANOS	85
6.1 Panorama de Recursos Humanos para la Salud	85
6.2 Situación Actual de Recursos Humanos para la Salud.....	86
6.3 Áreas de Acción.....	88
6.4 Conclusiones y Recomendaciones.....	96
7. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD	99
7.1 Panorama del SIS en el MSPAS.....	99
7.2 Plataformas de Información	100
7.3 Reglamentación y Recursos	110



7.4	Recopilación y Análisis de Datos.....	112
7.5	Uso de Información para la Toma de Decisiones.....	117
7.6	Conclusiones y Recomendaciones.....	117
8.	INSUMOS MÉDICOS Y CADENA DE SUMINISTRO.....	119
8.1	Panorama de Insumos Médicos.....	119
8.2	Política, Leyes y Reglamentos de Medicamentos.....	122
8.3	Selección de Medicamentos.....	124
8.4	Adquisiciones.....	126
8.5	Almacenamiento y Distribución.....	129
8.6	Disponibilidad y Acceso a Insumos de Calidad.....	131
8.7	Financiamiento de Insumos Médicos.....	135
8.8	Conclusiones y Recomendaciones.....	136
	REFERENCIAS.....	141

Lista de Tablas

Tabla 2.1.	Indicadores Poblacionales en Guatemala y la Región LAC (2013).....	5
Tabla 2.2.	Diez Principales Causas de AVAD's Perdidos en Guatemala (2010).....	7
Tabla 2.3.	Razon de Mortalidad Materna según Región donde Habita la Madre, 2013.....	9
Tabla 2.4.	Niveles de Cobertura de los Seguros.....	12
Tabla 2.5.	Fuente de Inmunizaciones para Niños Menores de Cinco Años (%).....	13
Tabla 2.6.	Fuente de Atención en Varones de 30 a 59 Años de Edad (%).....	13
Tabla 2.7.	Fuente de Atención en Mujeres de 15 a 49 Años de Edad (%).....	14
Tabla 3.1.	Indicadores de Gobernanza Mundiales del Banco Mundial: Guatemala vrs. Centroamérica.....	16
Tabla 4.1.	Indicadores de Financiamiento de la Salud.....	35
Tabla 4.2.	Comparación Regional de Indicadores de Financiamiento de la Salud (Puestos Regionales entre Paréntesis).....	37
Tabla 5.1.	Infraestructura de Salud del MSPAS por Nivel de Atención y Tipo de Infraestructura.....	62
Tabla 5.2.	Instalaciones Privadas de establecimientos de Salud, Enero, 2015.....	69
Tabla 5.3.	tasas de Mortalidad Neonatal, Infantil y de Niños Menores a Cinco Años de Edad (Muertes por Cada 1.000 Nacidos Vivos).....	71
Tabla 5.4.	Accesibilidad de la Población Guatemalteca a Puntos de Entrega de Servicio del MSPAS.....	74
Tabla 5.5.	Fuente de Atención para Hombres entre 30 y 59 Años de Edad (%).....	76
Tabla 5.6.	Fuente de la Atención para Mujeres entre 15 y 49 Años de Edad (%).....	77
Tabla 6.1.	Densidad de Trabajadores del Área Salud* en América Central, 2013.....	86
Tabla 7.1.	Principales Herramientas de Información que Administra SIGSA.....	102
Tabla 7.2.	Encuestas, Censos y Vigilancia.....	109
Tabla 7.3.	Panorama General de Muestra de Indicadores del SIS Disponibles y Frecuencia.....	109
Tabla 8.1.	Mediciones de Registro Farmacéutico.....	122
Tabla 8.2.	Número de Inspecciones por Tipo de establecimiento I de Enero, 2013 – 30 de Abril, 2015.....	124
Tabla 8.3.	Los 10 Insumos Médicos Comúnmente Faltantes en Áreas de Salud, I de Octubre, 2014 – 30 de Abril, 2015.....	134

Lista de Figuras

Figura 2.1.	Mapa Politico de Guatemala.....	4
Figura 2.2.	Tasas Globales de Fecundidad y Población Mayor de 65 Años de Edad en Guatemala y la Región LAC.....	6
Figura 2.3.	Carga de Enfermedad por Categoría Amplia de OMS en AVAD's y en Muertes (2010).....	6

Figura 2.4. Utilización de Métodos Modernos de Anticoncepción en Mujeres en Edad Reproductiva en Unión	8
Figura 2.5. Porcentaje de Muertes Maternas por Causa, 2007 y 2013.....	9
Figura 2.6. Tasas de Mortalidad en la Niñez, Infantil y Neonatal por Cada 1.000 Nacimientos Vivos.....	10
Figura 2.7. Prevalencia de Retraso de Crecimiento y Sobrepeso Infantiles por Región.....	11
Figura 2.8. Acumulado de Casos de VIH por Departamento, 2009-2014	12
Figura 3.1. Marco de la Gobernanza de la Salud.....	15
Figura 4.1. Relaciones entre el Sistema de Financiamiento y los Objetivos en Materia de Políticas, Otras Funciones del Sistema, y Metas Generales del Sistema.....	34
Figura 4.2. Tendencias del Gasto en Salud; Gastos Total, Privado y Público	36
Figura 4.3. Gastos en Salud Per Cápita, por Programa y Fuente de Financiamiento, 2010	38
Figura 4.4. Gastos totales en salud, per cápita, diferencias regionales, 2008.....	39
Figura 4.5. Diferencias Regionales en Gastos Totales en Salud Per Cápita y Mortalidad Materna, 2008	40
Figura 4.6. Patrones de Gasto en Salud y Crecimiento de la Población	41
Figura 4.7. Gráfica Esquemática del Flujo de Recursos para la Salud Proveniente de Fuentes de Fondos hacia Agentes y Proveedores de Servicios de Salud en Guatemala	45
Figura 4.8. Correlación entre Monto del Contrato y Población Cubierta por el PEC en el Año 2008.....	47
Figura 4.9. Tendencias del Gasto en Medicamentos en Guatemala (Millones de Quetzales).....	50
Figura 4.10. Gastos Per Cápita en Medicamentos (EU\$), Guatemala 2013.....	51
Figura 5.1. Sistema de Salud de Guatemala	60
Figura 5.2. Mapa Organizacional del MSPAS	61
Figura 5.3. Puesto de Salud en Alta Verapaz.....	63
Figura 5.4. Reorganización Territorial: Ejemplo de Alta Verapaz.....	65
Figura 5.5. Diagrama de Propuesta de Cobertura de Instalaciones de MSPAS.....	66
Figura 5.6. Ambulancia - Alta Verapaz.....	67
Figura 5.7. Razón de Mortalidad Materna por Departamento, 2013.....	70
Figura 6.1. Dimensiones Críticas de HRH para Promover la Cobertura Universal de Salud.....	85
Figura 6.2. Programa de Acción de la Alianza Global de Fuerza de Trabajo en Salud.....	89
Figura 7.1. Administración y Niveles de Servicio en el MSPAS y Relaciones de Plataformas de Sistemas de Información	101
Figura 7.2. Flujo de Información en SIGSA.....	113
Figura 7.3. Sala Situacional en un Puesto de Salud	116
Figura 8.1. Mapa de la Cadena de Suministro de Guatemala (Área de Salud a Distrito a Centros/Puestos de Salud).....	121
Figura 8.2. Inspecciones por Departamento l de Enero de 2013 – 30 de Abril de 2015	123
Figura 8.3. Lista básica de medicamentos del MSPAS, por Nivel de Atención de Salud	125
Figura 8.4. Unidades Administrativas por Conteo (Izquierda) y por Total del Presupuesto para Medicamentos en 2014 (Derecha)	127
Figura 8.5. Desglose de Adquisiciones de Medicamentos por Tipo de Contrato, 2014 (Millones de Quetzales)	128
Figura 8.6. Un Formulario BRES Que Ilustra los Cálculos Requeridos para Computar un Pedido Racional	131
Figura 8.7. Porcentaje de Insumos Faltantes en las Áreas de Salud, l de Octubre, 2014 – 30 de Abril, 2015	132
Figura 8.8. Porcentaje de Insumos Faltantes en Todos los Hospitales, l de Octubre, 2014 – 30 de Abril, 2015.....	132
Figura 8.9. Fotografía de un Almacén Mostrando Falta de Inventario en un Puesto de Salud	133
Figura 8.10. Diferentes establecimientos de Salud en Operación Bajo el PEC (Antes de 2015).....	135

ACRÓNIMOS

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
ALC	América Latina y el Caribe
ALIANMISAR	Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva
ANAM	Asociación Nacional de Municipalidades
APS	Atención Primaria en Salud
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BRES	Formulario de Balance, Requisición, y Envío de Suministros
CACIF	Comité Coordinador de Asociaciones Comerciales, Industriales y Financieras
CAIMI	Centro de Atención Integral Materno Infantil
CCGS	Consejo de Comunidades de Guatemala por la Salud
CEGSS	Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud
CMCG	Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
CNS	Cuentas Nacionales en Salud
CNS	Consejo Nacional de Salud
COCODES	Consejos Comunitarios de Desarrollo
CODEDES	Consejos Departamentales de Desarrollo
COMUDES	Consejos Municipales de Desarrollo
CONASAN	Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CUI	Código Único de Identificación
CUS	Cobertura Universal en Salud
DAM	Departamento de Adquisiciones, MSPAS
DAS	Dirección de Área de Salud
DECAP	Departamento de Capacitación y Desarrollo
DGRH	Dirección General de Recursos Humanos
DGRVCS	Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud
DMS	Distrito Municipal de Salud
DPI	Documento Personal de Identificación
DRACES	Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud
DRCPFA	Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines



EDI	Evaluación de Impacto
ENC	Enfermedad No Comunicable
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
GTS	Gasto Total en Salud
HFG	<i>Health Finance and Governance</i>
HRIS	Human Resources Information System (<i>Sistema de Información de Recursos Humanos</i>)
HSA	Health system assessment (<i>Análisis del Sistema de Salud</i>)
IDRC	International Development Research Centre (Canada) (<i>Centro de Investigación para el Desarrollo Internacional (Canada)</i>)
IGM	Indicadores de Gobernanza Mundial
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INCAP	Instituto de nutrición de Centro América y Panamá
INE	Instituto Nacional de Estadística
INFHOS	Sistema de Información Hospitalaria
ISO	International Organization for Standardization (<i>Organización Internacional de Normalización</i>)
LBM	Lista Básica de Medicamentos
MIM	Medicamentos e Insumos Médicos
MODA	Monitoreo de Desnutrición Aguda
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OCSES	Oficina Coordinadora Sectorial de Estadísticas de Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	Organizaciones Religiosas
OSAR	<i>Observatorio de Salud Reproductiva</i>
OSC	Organización de la Sociedad Civil
PEC	Programa de Extension de Cobertura (<i>Extension of Coverage Program</i>)
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POA	Plan Operativo Annual
PROAM	Programa de Accesibilidad a Medicamentos
PS	Puestos de salud

RAMOS	Encuesta de Mortalidad en Mujeres en Edad Reproductiva (<i>Reproductive Age Mortality Study</i>)
RENAP	Registro Nacional de las Personas
RHS	Recursos Humanos para la Salud
SCDUR	Sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de la República
SEN	Sistema de Estadísticas Nacionales
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República
SHOPS	“Proyecto del fortalecimiento de los logros en salud a través del sector privado” (<i>Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project</i>)
SIAMED	Sistema Automatizado de Medicamentos (<i>Model System for Computer-assisted Drug Registration</i>)
SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera
SIAS	Sistema Integrado de Atención a la Salud
SICOINWEB	Sistema de Contabilidad Integrada
SIGL	Sistema de Información de Gestión Logística
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
SIINSAN	Sistema de Información, Monitoreo y Alerta de la Inseguridad Alimentaria y Nutricional
SINASAN	Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SIS	Sistema de Información de Salud
SNTSG	Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud de Guatemala
SS	Salas Situacionales
TGF	Tasa Global de Fecundidad
UPE	Unidad de Planeación Estratégica
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
WGI	Worldwide Governance Indicators (<i>Indicadores Mundiales de Gobernanza</i>)

RECONOCIMIENTOS

El Proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud quisiera reconocer las aportaciones y la facilitación prestada por el equipo en materia de salud de USAID/Guatemala para identificar los adecuados antecedentes y contactos de país, y así como proporcionar retroalimentación acerca de las cuestiones y los temas planteados durante el proceso de análisis del sistema de salud en Guatemala. Erik Janowsky, Ashley Frost, Baudilio López, Julie Boccanera e Yma Alfaro, de USAID/Guatemala, ayudaron a darle forma a los objetivos de este análisis y facilitaron la presentación con partes interesadas clave a lo largo del Sistema de salud en Guatemala. Este análisis no podría haberse logrado sin las introducciones facilitadas por miembros importantes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que nos brindaron acceso a un gran número de partes interesadas en todos los aspectos del sistema, así como a una variedad de sitios de campo en las zonas de Alta Verapaz, Chiquimula, y Quetzaltenango. Asimismo, el apoyo brindado por el Proyecto de Política en Salud financiado por USAID, NEXOS LOCALES, Nutri-Salud, así como el proyecto USAID | DELIVER ofrecieron al equipo antecedentes de un valor incalculable acerca del contexto local

Objetivo del Análisis

El sistema de salud pública de Guatemala goza de un marco regulatorio bien establecido, instituciones con larga trayectoria, trabajadores de la salud a todo nivel dedicados y experimentados, y una ausencia de dependencia en fuentes extranjeras para su sostenimiento. Además, los Acuerdos de Paz de 1996 sentaron las bases para el futuro desarrollo del sistema en beneficio de todos los guatemaltecos. Sin embargo, y a pesar del legado institucional sólido, durante las últimas décadas el sistema de salud en Guatemala ha acumulado una serie de problemas. El resultado es un sistema de salud desigual, fragmentado e ineficiente. La reciente inestabilidad política en el país ha agudizado estos problemas.

El fortalecimiento del Sistema de salud de Guatemala requiere una comprensión minuciosa de sus fortalezas y debilidades. A solicitud de USAID/Misión Guatemala, el proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud (HFG) realizó en Guatemala un Análisis del Sistema de Salud (HSA por sus siglas en inglés). El objetivo principal del HSA fue identificar las fortalezas y debilidades del sistema de salud, así como elaborar un conjunto de recomendaciones escritas cuya intención sería orientar los esfuerzos en el país por fortalecer el sistema de salud.

Metodología

Expertos en sistemas de salud de HFG y USAID/Washington realizaron una evaluación rápida del sistema de salud de Guatemala con base en los seis módulos o “building blocks” de los sistemas de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS): gobernanza, financiamiento en salud, prestación de servicios, recursos humanos para la salud (RHS), sistemas de información de salud, insumos médicos y cadena de suministros. Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura relativa a cada uno de los seis módulos, y se elaboró un borrador inicial del HSA antes de la llegada del equipo a Guatemala en el mes de abril, 2015. Estos antecedentes guiaron la elaboración de una serie de preguntas que darían dirección al ejercicio de recopilación de información. El equipo del HSA visitó país por dos semanas y entrevistó a un amplio espectro de actores involucrados. El ejercicio abarcó a los sectores público, privado, y sin fines de lucro, y también incluyó visitas de campo a Direcciones de Área de Salud y a instalaciones en las regiones de Alta Verapaz, Chiquimula y Quetzaltenango. Posteriormente, el equipo de HSA elaboró el informe completo con hallazgos y recomendaciones preliminares, y estas fueron finalizadas después de revisión y discusión del equipo.

Panorama del País

Guatemala se ubica como el país y la economía más grandes de América Central, con más de 15 millones de habitantes, de quienes más de la mitad viven en estado de pobreza. La población se divide más o menos en partes iguales entre sus zonas urbana y rural. Sin embargo persisten grandes disparidades en los indicadores de desarrollo económico, acceso a los servicios de salud, y resultados de salud, en los que las zonas rurales se desempeñan mucho peor que las áreas urbanas. Además, la población rural es principalmente indígena, compuesta por los numerosos grupos étnicos y lingüísticos de Guatemala. Según la OCDE (2014), el porcentaje de ingresos fiscales de Guatemala – 12,3 por ciento del producto interno bruto, es de los más bajos de la región, limitando así la habilidad general del gobierno para ofrecer servicios financiados con recursos públicos. Durante y después de la visita del equipo para el HSA una serie de escándalos de corrupción de alto perfil sacudieron al gobierno, propiciando la renuncia de la administración y sus ministros, y generando una crisis de confianza entre el público en general.

Dos temas centrales definen el contexto para los resultados de este HSA, y llevaron al equipo del HSA a priorizar sus recomendaciones en la restauración de servicios de salud para los grupos más perjudicados:

1. La inequidad histórica estructural en términos de atención a la salud y resultados en salud
2. El actual estado de crisis del sector salud relacionado con la terminación del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) bajo la ejecución de las ONG.

Un factor documentado consistentemente en cada uno de los seis módulos durante el HSA fue la inequidad en términos de resultados en salud, la tasa de morbilidad, acceso a servicios, y gastos en salud. Las regiones norte y noroeste de Guatemala continúan presentando las tasas de mortalidad materna más altas del país - con más de tres veces la tasa que se presenta en las zonas metropolitanas - así como la más alta incidencia de desnutrición crónica infantil. A excepción de la región noroeste, las regiones con los niveles más altos de mortalidad materna son los mismos que reciben los niveles más bajos del gasto total en salud per cápita.

El marcado contraste que existe al comparar la densidad de trabajadores de la salud rurales y urbanos (25.7 trabajadores de la salud por cada 10,000 habitantes en áreas urbanas contra tan sólo 3.0 por cada 10,000 en las áreas rurales), la escasez de clínicos que hablen las lenguas indígenas, y las disparidades en el acceso a proveedores capacitados (73 por ciento entre las ladinas, pero tan solo 36 por ciento entre las mujeres indígenas), son todos factores que subrayan las barreras que existen al acceso por parte de las poblaciones rurales, indígenas en Guatemala.

El PEC fue implementado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) después de los acuerdos de Paz de 1996 para reconocer la apremiante necesidad de extender la cobertura de los servicios básicos de salud al 46% de la población del país – principalmente comunidades indígenas – que carecían de acceso a servicios de salud. El MSPAS celebró convenios con una variedad de organizaciones no-gubernamentales (ONG 's) para brindar servicios básicos de salud (principalmente cuidado materno-infantil y vacunas) a comunidades desatendidas. El programa creció rápidamente y para el año 1999 había ofrecido servicios básicos de salud a 3.5 millones de personas, aproximadamente el 76,8 por ciento de la población anteriormente desatendida en ese momento.

Sin embargo, una creciente insatisfacción con lo que se percibió como un nivel inferior de servicio prestado a comunidades indígenas a través del PEC, así como acusaciones de ineficiencia y falta de transparencia en la adjudicación de contratos a favor de las ONG por parte del PEC dio lugar a legislación aprobada en el año 2013 prohibiendo la subcontratación de las ONG para la provisión de servicios de atención a la salud, y la cancelación de mayoría de los contratos que el MSPAS había

celebrado con las ONG a finales del 2014. Como consecuencia de estas cancelaciones se suspendieron los servicios públicos de atención a la salud prestados a través del PEC a la mayoría de la población rural de Guatemala. Al momento de cancelación, no se había comunicado ningún plan para cómo sustituir estos programas y servicios.

Cuando se realizó el HSA, ya se habían tomado algunas medidas para ampliar la atención de la salud de nivel I del MSPAS (puestos de salud) en áreas anteriormente cubiertas por el PEC mediante una nueva estrategia de atención primaria de la salud (APS) la “Estrategia de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional del Primer Nivel de Atención.” Aunque los componentes generales de la estrategia fueron compartidos con el equipo del HSA, la estrategia se mantiene en evolución. Dada la información disponible acerca de la estrategia y su implementación, el equipo del HSA no se encontró en posición de evaluar dicha estrategia o predecir sus impactos. En su lugar, el capítulo acerca de Prestación de Servicios enumera algunos de los principales elementos que los sistemas de APS debieran incorporar para garantizar acceso a servicios de salud de calidad.

Aunque el sector salud de Guatemala ha padecido de inequidades, ineficiencias organizativas, fragmentaciones institucionales y financiamiento deficiente generalizado desde hace muchos años, la abrupta cancelación del PEC en el 2014 enfocó más la atención del público y de donantes internacionales en las deficiencias del sector público de la salud. Estos factores dan el contexto para el presente análisis del sistema de salud, y además, enmarcan las oportunidades disponibles para que el gobierno pueda volver a recuperar la confianza del público en su papel como rector del sistema de salud.

Hallazgos Principales y Recomendaciones

El equipo del HSA pudo presenciar de primera mano un sinnúmero de manifestaciones de la crisis que actualmente plaga el sistema de salud de Guatemala. Este informe de HSA contiene numerosas recomendaciones para lograr mejoras, tanto de corto como de largo plazo, en cada uno de los capítulos correspondientes a los seis módulos de los sistemas de salud. A continuación se presenta una serie de recomendaciones de alto nivel que abarcan los seis módulos transversalmente y pretenden mejorar el desempeño del sistema de salud en general. Después de dichas recomendaciones de aplicación general, se presenta un resumen de los hallazgos obtenidos en cada módulo.

I. Guatemala debe tomar acción inmediata para definir e implementar una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) que satisfaga la necesidades más básicas del total de la población a la vez que avance hacia la cobertura universal en salud

El MSPAS presentó recientemente una estrategia de APS Integral (Estrategia de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional del Primer Nivel de Atención). Sin embargo, los detalles y especialmente la falta de financiamiento para la estrategia, plantean preguntas acerca de su factibilidad a corto plazo. Guatemala debe profundizar e implementar una estrategia de APS con dos objetivos:

- El objetivo a corto plazo de ofrecer un nivel mínimo de atención a la salud, que incluye vacunas, salud materno-infantil, e intervenciones en nutrición, en las áreas rurales que sufren el mayor impacto de la eliminación del PEC; y
- El objetivo a más largo plazo de ofrecer cobertura universal en salud que incluya acceso permanente a instalaciones de calidad para la atención a la salud, atención en todas las etapas del ciclo de vida, e integración con instalaciones de atención secundaria y terciaria a lo largo de todo el país.

Independientemente de los métodos para implementar un aumento en la cobertura, ya sea a través de provisión pública o de contratación de proveedores privados como se hizo en el pasado, la estrategia la APS debe garantizar protección contra riesgos financieros. Intentar implementar la estrategia propuesta sin contar con el incremento de financiamiento necesario dejaría a grandes segmentos de la población sin acceso al sistema de salud público. Esto, además, expondría al MSPAS y al gobierno a una continuación de desconfianza pública.

2. Se debe dar inicio a un proceso de planeación estratégica multi-sectorial de alto nivel para atender las deficiencias sistémicas

Detrás de la mayoría de los problemas que existen se encuentran profundas deficiencias sistémicas en la organización y manejo del sector público de la salud, el financiamiento del sector salud, la organización y enfoque en la prestación de servicios, y en el nivel de participación y supervisión ciudadana en el sector salud. Se deben atender todos estos temas como elementos integrados de una estrategia nacional para la atención de la salud para así lograr mejoras sostenibles en la atención de la salud para todos los guatemaltecos.

El presente HSA recomienda que la Oficina de la Presidencia de la República inicie y dirija un proceso de planeación estratégica del sector salud dedicado a atender las inequidades e ineficiencias que abarcan todos los seis módulos del sistema de salud. El proceso debe contar con la participación de todos los ministerios relacionados con la salud y finanzas públicas, el Consejo Nacional de Salud (CNS), los líderes del Congreso, todos los principales partidos políticos, y una representación significativa de consejos de desarrollo comunitario y municipal, organizaciones comunitarias tradicionales, organizaciones en pro de la salud, así como redes y otras organizaciones de sociedad civil OSC relevantes.

El plan estratégico del sector salud deberá alinearse con la estrategia para la APS mencionada anteriormente, responder a la transición epidemiológica de Guatemala y la creciente carga ocasionada por enfermedades no transmisibles, buscar complementariedad en la entrega de la atención de la salud por parte de proveedores en los sectores público, privado y no-lucrativo, y asegurar la movilización plena y efectiva de los recursos para el financiamiento de la salud que satisfagan las necesidades del sector, tal y como se describe más adelante.

3. Promulgar reformas en materia de financiamiento de la salud que hagan posible tanto la implementación a corto plazo de la estrategia para la APS como el plan estratégico sectorial

Drásticas brechas presupuestarias y financieras limitan constantemente la efectividad de los procesos de planeación anual, y ocasionan que en el MSPAS se viva en un constante estado de crisis. Si lo comparamos con otros países centroamericanos, el sistema de salud de Guatemala se encuentra desproporcionadamente financiado por gasto privado, principalmente por gasto de bolsillo de los ciudadanos. Ajustando por paridad de poder adquisitivo, el Gobierno de Guatemala dedica menos recursos per cápita que cualquier país de la región.

El MSPAS, con el apoyo y participación del Ministerio de Finanzas y del Congreso, debiera desarrollar una estrategia de financiamiento ligada directamente con la estrategia de la APS y con el proceso de planeación estratégica sectorial. La estrategia de financiamiento debe identificar políticas claras para cada una de las funciones de financiamiento—movilización de recursos, “pooling” o mancomunación de recursos, y compra de servicios— con la gobernanza y regulación adecuada del sistema.

El componente relativo a la movilización de recursos de la estrategia de financiamiento deberá identificar los flujos financieros a largo plazo que permitan apoyar sosteniblemente los objetivos prioritarios definidos en la estrategia sectorial. Una estrategia de movilización de recursos explora opciones para generar ingresos, incluyendo la implementación de medidas fiscales, apoyo externo, y el incremento de la eficiencia técnica (por ejemplo, compras en volumen para reducir los costos por unidad de los productos médicos), así como eficiencia en su asignación (por ejemplo re-priorizar la asignación de recursos hacia intervenciones que ofrezcan mayor costo-efectividad). La estrategia de movilización de recursos debe cimentarse en un ejercicio de costeo robusto que documente los costos unitarios para prestar servicios en todas las instalaciones de salud y a todos los niveles de atención. Como parte de este proceso se deberán explorar las oportunidades de movilización de recursos a nivel municipal, ya que este enfoque ofrece el potencial de asegurar que se apliquen recursos generados a nivel local a las necesidades locales de salud (a diferencia de que sean enviados a la tesorería central para su posterior reasignación).

Si bien es cierto que para lograr resultados de salud una responsabilidad financiera compartida es un factor importante en todos los países, es imperativo en países como Guatemala en donde los ingresos nacionales brutos están creciendo y podrían permitir la oportunidad de incrementar las subvenciones cruzadas (en donde la población rica y saludable subsidia a la población pobre y enferma). Se deberá llevar a cabo un análisis formal para expandir la mancomunidad de riesgo para avanzar del gasto de bolsillo en salud hacia esquemas de pre-pago. La forma en que Guatemala expanda la combinación de riesgo debe alinearse con las metas y prioridades establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo K'atun Nuestra Guatemala 2032. Mientras el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) brinda una forma de protección financiera para el 17 por ciento de los trabajadores guatemaltecos con empleo en el sector formal, una porción considerable del 83 por ciento restante carece de acceso mínimo a los servicios gratuitos del MSPAS o a esquemas de seguros de salud. Explorar una mezcla de aportaciones voluntarias y subsidios para ampliar la cobertura social de seguros dirigida a los sectores de menores ingresos y con empleos informales ampliaría el pacto social del gobierno con la población en mayor riesgo de resultados de salud adversos y disparidades en materia de salud.

Las lecciones aprendidas en países vecinos de la región, como lo es Perú, podrían brindar más información acerca de la movilización de recursos y el proceso de planeación estratégica en materia de salud en Guatemala. Desde la implementación de la reforma del sector salud en Perú, el país ha alcanzado al 80 por ciento de su población con servicios de salud, y encamina al país hacia la cobertura universal de salud. Tal progreso es de relevancia para un país de 30 millones de habitantes, caracterizado por diversas culturas y una geografía accidentada, muy similar a Guatemala. El Sistema Integral de Salud de Perú ofrece seguro público subsidiado, otorgando prioridad a las poblaciones que viven en estado de pobreza y de pobreza extrema.

Actualmente, las dos instituciones de salud con mayor financiamiento público, que son el MSPAS y el IGSS, son además proveedores de servicios que emplean directamente a los trabajadores de salud y operan las instalaciones. Esta estructura, común en la región de América Latina y el Caribe, se caracteriza por las ineficiencias, inequidades y deficientes resultados en salud que ya se han mencionado. Guatemala debe explorar nuevos modelos para la compra de servicios de salud, como puede ser un modelo que introduzca un comprador financiado por impuestos y separado de la provisión de servicios.

4. Asegurar un adecuado despliegue de trabajadores de la salud a las áreas rurales que reciben atención insuficiente y mejorar la gestión de desempeño

Existe una escasez generalizada de trabajadores de la salud en todo el país, exacerbando los problemas de acceso a servicios de salud en áreas rurales. Desplegar trabajadores de la salud hacia las regiones donde más se les necesita debe ser elemento central de la estrategia de la APS al igual que del proceso de planeación estratégica de largo plazo. Reformar las políticas de compensación del MSPAS para establecer incentivos a trabajadores de salud para que se reubiquen y permanezcan en áreas rurales es vital para mejorar el acceso a profesionales de la salud capacitados en las áreas rurales. Además, los programas de capacitación para trabajadores de la salud deben reclutar y brindar apoyo a estudiantes que hablen lenguas indígenas para así mejorar las posibilidades de que los trabajadores de la salud graduados regresen a servir a sus comunidades, y para desarrollar una fuerza de trabajo multilingüe que pueda comunicarse de manera más efectiva con la población indígena. Los altos índices de deserción entre trabajadores de la salud y estudiantes de enfermería en particular (69 por ciento) representan un obstáculo más al desarrollo de la fuerza de trabajo de Guatemala. Deben tomarse medidas para apoyar – financiera y académicamente - a los alumnos de enfermería para mejorar los índices de deserción.

La falta de una carrera profesional formal para los trabajadores de la salud que les ofrezca trayectorias profesionales y ascensos basados en méritos representa un impedimento más a los esfuerzos por efectivamente construir y eficientemente asignar a la fuerza de trabajo. Se debiera dar prioridad a la propuesta Ley de Carrera Administrativa-Sanitaria para sentar las bases de una fuerza de trabajo para la salud gestionada profesionalmente. Revisiones deben priorizar a los trabajadores de salud de APS y alinearse con la estrategia de APS. Además de la implementación de esta carrera profesional, se debiera implementar plenamente el sistema de información en recursos humanos (iHRIS) para mantener registros del estatus educacional de los trabajadores de la salud, su experiencia y habilidades profesionales, lugar donde trabajan, y evaluaciones de desempeño. Esta información facilitará a su vez una planeación más detallada para la asignación de trabajadores de la salud en todo el sistema de salud, que debe tener como prioridad colocar trabajadores en las regiones donde la necesidad sea mayor (,ej: zonas rurales) y crear programas de incentivos para reclutar y retenerlos en zonas donde la atención es insuficiente.

El MSPAS debe alejarse gradualmente de depender de trabajadores por contrato para así reducir los índices de rotación de personal y lograr una fuerza de trabajo más estable. También debe buscar oportunidades para mejorar los mecanismos de gestión de desempeño tanto de servidores públicos como de personal eventual. Como paso intermedio, el MSPAS debe implementar contratos de más largo plazo basados en desempeño, y con algunos (si no todos) los beneficios otorgados a empleados de planta

5. Se debe otorgar facultades al Consejo Nacional de Salud para coordinar de manera efectiva la entrega de los servicios de atención a la salud y evitar duplicidad de instalaciones, personal y procedimientos administrativos

Aunque el Código de Salud de Guatemala establece que el MSPAS deberá “formular, organizar y dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de los servicios de salud a la población general”, y que el MSPAS es el encargado de la rectoría del sector salud, la autonomía institucional y presupuestaria del IGSS lo aísla efectivamente de todo aquello que no sea una coordinación o compartición de recursos voluntaria con el MSPAS. Esto constituye una importante oportunidad perdida para Guatemala de mejorar la eficiencia del sistema de salud en áreas donde existe una duplicación de instalaciones y de personal, y duplicación de procesos paralelos, como lo es la adquisición de productos médicos. Asimismo, y como se recomendó anteriormente para el caso de financiamiento de salud, existe una oportunidad de mejorar la

equidad si se logran ampliar los seguros sociales para abarcar más que el actual 17 por ciento de la población que se beneficia del 48 por ciento de todo el gasto gubernamental en salud.

Con el fin de mejorar la coordinación inter-institucional, podrá hacerse necesaria un Acuerdo Gubernativo, una modificación de la Ley Orgánica del IGSS de 1946, y/o la modificación del acuerdo gubernativo que rige al CNS para otorgar a las resoluciones de este último el carácter de obligatorias y dar inicio al proceso para coordinar las instalaciones, recursos y actividades del MSPAS, el IGSS, y otras instituciones del sistema de salud pública. Los protocolos para reembolsarle al MSPAS los servicios prestados a beneficiarios del IGSS, para compartir instalaciones y recursos, así como para evitar la duplicación innecesaria de instalaciones y servicios deberán ser objetivos inmediatos.

Un objetivo a más largo plazo debe ser avanzar hacia una convergencia total, tal y como la visualiza la Ley Orgánica del IGSS de 1946.

6. Se deberán fortalecer a las ONG 's, consejos de desarrollo comunitario y otras organizaciones de la sociedad civil (OSC) para poder asegurar la transparencia, responsabilidad y voz ciudadana en la planeación y entrega de la atención a la salud

La abrupta cancelación del PEC se debió en parte a la falta de apoyo de grupos locales quienes, según partes interesadas entrevistadas, estaban preocupados por el atrincheramiento de un sistema de salud de segunda clase brindando solo servicios básicos a sus comunidades. Existen numerosas estructuras dentro del sistema de salud de Guatemala que ofrecen la oportunidad de incrementar la integración de organizaciones comunitarias y trabajadores de la salud a la gobernanza responsable del sector público de la salud.

Estructuras institucionales existentes se pueden aprovechar para incorporar la retroalimentación del público y lograr su apoyo a las iniciativas de salud propuestas por el gobierno. Los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODEs) deben ser promovidos como el vehículo para revisar el desempeño de las instalaciones de salud y pedir cuentas al MSPAS para realizar una eficiente gestión, para la asignación apropiada de recursos (tanto de recursos humanos como financieros) y, finalmente, para la obtención de mejores resultados en salud.

El MSPAS y el CNS deberán además fomentar una mayor participación de organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias en el diseño y supervisión de la atención a la salud a nivel comunitario, y la comunidad de donadores internacionales debe mantener su apoyo a estos importantes elementos del sistema de salud de Guatemala. Como quedó anotado en la recomendación número 2, deberá haber además una representación significativa de las organizaciones comunitarias durante el proceso de planeación estratégica del sector salud.

Resumen de Resultados por cada Módulo del HSA

- I. Gobernanza:** La cobertura universal en salud para todos los guatemaltecos, como lo requiere la Constitución Política de 1985, permanece como una meta a largo plazo del sector público de la salud. Las instituciones públicas, sin embargo, sufren de financiamiento insuficiente y se encuentran actualmente imposibilitadas para lograr esta meta con los presupuestos actualmente asignados. Mientras el PEC pretendía alcanzar a poblaciones insuficientemente atendidas con un nivel mínimo de cobertura básica, sus limitaciones y eventual cancelación resaltaron la magnitud de la necesidad insatisfecha. La nueva estrategia del MSPAS para ampliar la APS en zonas antes cubiertas por el PEC requerirá recursos que probablemente se encuentren fuera de su capacidad dada la recurrente escasez de financiamiento para operaciones del MSPAS que ha caracterizado el pasado reciente.

Al principio de cada administración presidencial de cuatro años ocurren cambios en la mayoría de los puestos de nivel medio y alto en el MSPAS, y a menudo incluso durante los cuatro años de la administración. Estos cambios incluyen el nombramiento de un nuevo Ministro de Salud Pública, los viceministros, y la mayoría de sus equipos de trabajo. Este alto índice de rotación de elementos administrativos de alto nivel frecuentemente viene acompañado de nuevas prioridades institucionales y de un rechazo a las prioridades y planes de implementación de la administración anterior – especialmente cuando los cambios acompañan un cambio del partido político en el poder (lo cual ha sido el caso en todas las elecciones presidenciales recientes). Mientras muchos de los nuevos nombramientos puedan ser personas que anteriormente ocuparon algún puesto dentro del mismo MSPAS, otros pueden tener poca experiencia o conocimiento en temas de salud pública. El efecto que tienen estos cambios de administración es que frecuentemente se seleccionan prioridades estratégicas, tal como la estrategia de APS, que no pueden ya ser implementadas durante el tiempo restante de la administración, o incluso en todos los cuatro años de una administración presidencial. El éxito en su implementación se ve imposibilitado debido a las prioridades potencialmente diferentes de la nueva administración o los nuevos equipos de trabajo.

Las organizaciones comunitarias tradicionales de los pueblos indígenas y las diversas organizaciones comunitarias como los comités de salud, COCODEs, redes de facilitadores comunitarios de la salud, y parteras tradicionales, constituyen elementos importantes del sistema de salud del país que hasta ahora no han logrado ser integrados efectivamente al sistema nacional de salud. Aunque con el PEC si hubo cierto grado de interacción entre las organizaciones comunitarias, trabajadores de la salud de la comunidad, y el sistema PEC, haberlo eliminado sin una clara estrategia para sustituirlo ha cortado efectivamente las relaciones entre los sistemas de salud comunitarios y la estructura del MSPAS. La recién anunciada estrategia para la APS hace referencia explícita a organizaciones comunitarias y trabajadores o facilitadores de la salud, y pretende involucrarlos en sus esfuerzos en pro de la comunidad y actividades preventivas en materia de salud.

Un gran número de OSC y federaciones juegan papeles importantes en la vigilancia y abogacía en Guatemala, especialmente con respecto a la salud materno-infantil y planificación familiar. Estas OSC han sido sumamente importantes para el desarrollo de enfoques innovadores en temas de financiamiento para la salud, ejemplo de lo cual es el impuesto sobre bebidas alcohólicas. Aunque el Sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural (SCDUR) ofrece una plataforma autorizada por el gobierno para la participación de la población civil en el proceso legislativo y de vigilancia, las ONG 's, especialmente aquellas en las que participan filiales comunitarias, representan un importante vehículo alternativo para la abogacía en pro de la APS, menos susceptible de influencias políticas..

- 2. Financiamiento para la Salud:** El equipo encargado del análisis identificó tres problemas en el financiamiento para la salud que requieren especial atención: (1) mejorar las prácticas de administración financiera; (2) la movilización de recursos al sector salud, y; (3) la planeación e implementación de una reforma del financiamiento para la salud que incremente la protección contra riesgos financieros y reduzca el gasto de bolsillo. Para implementar estas recomendaciones se requiere la creación de condiciones que lo propicien, definir los papeles específicos que deberán jugar las diversas partes interesadas, considerar opciones de financiamiento, y visitar las disposiciones legales.

Hay un número de aspectos del sistema de gestión financiera de la salud que requieren de atención inmediata. El sistema financiero de la salud opera con procedimientos estándar débiles, carece de mecanismos sólidos de administración y contabilidad, y padece de procesos presupuestarios y de planeación que son obsoletos. Una gestión financiera débil lleva a un ambiente de ineficiencia, desperdicio, y riesgo de que se produzcan fraudes a todos los niveles, lo que compromete aún más

el acceso a una atención de calidad. Es además una barrera al apoyo político para un mayor financiamiento público para la salud. El Ministerio de Finanzas, la legislatura y el público en general tienen dudas bien fundadas sobre si el sector salud está en posibilidades de rendir cuentas sobre cómo se gastan los fondos.

Guatemala tiene el gasto de recursos gubernamentales en salud per cápita más bajo (\$176 en paridad de poder adquisitivo - PPA) de todos los países de la región (promedio de \$436 en PPA). Con frecuencia los entrevistados para el análisis mencionaron la falta de financiamiento suficiente para el sector público de la salud como la raíz de una serie de carencias que existen en el sector salud:

- Falta de acceso a servicios de salud, especialmente en zonas rurales remotas
- La desmantelización del PEC
- Limitados niveles de atención en los puestos de salud rurales y falta de sistemas de referencia
- Frecuentes desabastecimientos de medicamentos y otros suministros de suma importancia para la atención de la salud

El gasto en general en el sector salud representó el 6,3 por ciento del PIB nacional, que es promedio de la región. (En América Central, el gasto total en atención a la salud va desde un 5,4 por ciento en Belice hasta un 9,9 por ciento en Costa Rica). Sin embargo, el gasto en salud se ve dominado por el sector privado (4 por ciento del PIB), en su mayoría (83 por ciento) gasto de bolsillo. Los gastos por parte del sector Público constituyen el 2,3 por ciento restante del PIB dirigido a la salud: 1,1 por ciento del PIB lo gastó el IGSS, financiado principalmente por aportaciones de patronos y empleados para cubrir un estimado del 17 por ciento de la población. Todas las dependencias gubernamentales combinadas gastaron 1,2 por ciento del PIB: Los gastos realizados por el MSPAS fueron iguales al 1,0 por ciento del PIB, para cubrir al 83 por ciento de la población. Estos datos ilustran claramente la grave inequidad en financiamiento de la salud.

Aunque es difícil estimar con precisión el nivel de financiamiento que sería necesario para brindar adecuadamente una atención a la salud a todas aquellas personas que aún no cuentan con seguridad social, personas entrevistadas han indicado que los presupuestos aprobados en general son entre un 20 y un 40 por ciento menores a las cantidades solicitadas – y que los cortes a los presupuestos que solicitan causan desabastecimiento de medicamentos y otros insumos para la salud necesarios en los centros y puestos de salud rurales. Tan solo el presupuesto para la implementación inicial (2015) de la nueva estrategia APS se estimó en 167 millones de quetzales. Dado que las deficiencias presupuestarias de los últimos años han ocasionado desabastecimiento de medicamentos y suministros, y considerando una ausencia casi total de inversión en infraestructura para el sistema de salud, se justifica preguntarse si el MSPAS podrá financiar la expansión de la estrategia para la APS.

- 3. Prestación de Servicios:** El deficiente desempeño y la fragmentación de las redes para la prestación de servicios se reflejan en deficientes resultados en salud. La proporción de mortalidad materna se encuentra en 113 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos, lo cual a su vez refleja una falta de acceso a servicios de atención materna; solamente la mitad de las mujeres guatemaltecas dan a luz en instalaciones de salud atendidas por personal calificado. Guatemala no llegó al Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes.

Importantes brechas en el acceso a la atención entre los distintos segmentos de población tienen como consecuencia inequidades en los resultados de salud. Habitantes pobres, indígenas, con menor nivel educativo, o que viven en zonas rurales son quienes generalmente sufren los peores resultados de salud. El 30 por ciento de las mujeres indígenas dieron a luz en alguna instalación de atención a la salud, comparado con un 71 por ciento de otras mujeres no indígenas. Como consecuencia, la

proporción de mortalidad materna es de 163 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos entre las mujeres indígenas y 77 entre mujeres no indígenas. La falta de sistemas de referencia efectivos limita a la eficiencia y efectividad del sistema de salud, y presenta una barrera importante a la atención materna efectiva en situaciones de emergencia. Los esfuerzos por mejorar los servicios interculturales y atraer parteras tradicionales para crear efectivos sistemas de referencia son prioridad para poder mejorar los resultados de salud materna entre las mujeres indígenas.

Las inequidades en el acceso a la educación y la información contribuyen a las brechas en el uso de servicios preventivos y de planificación familiar. Entre las mujeres guatemaltecas de entre 15 y 49 años de edad y que forman parte de una unión, 60 por ciento de las mujeres con nivel de educación secundaria y superior utilizan algún método moderno de anticoncepción, comparado con un 30 por ciento entre quienes no terminaron la primaria. Sesenta y dos por ciento de las mujeres nunca se han sometido a un examen de Papanicolaou para detectar cáncer cérvico-uterino, y 34 por ciento respondió que desconocían la existencia del examen. Los varones adultos también presentan bajos índices de utilización de una serie de exámenes preventivos de detección incluyendo hipertensión, colesterol alto y cáncer de próstata. La mayoría de hombres que reciben tratamiento para dichos padecimientos lo reciben en el sector privado, lo cual es indicativo de la falta de acceso a estos servicios en instalaciones del MSPAS. Bajos niveles de acceso a servicios preventivos subrayan la necesidad de que las redes de prestación de servicios redirijan sus servicios hacia la promoción de la salud, y la prevención. El envejecimiento de la población está contribuyendo a una creciente carga de enfermedades no transmisibles. Es imperativo que el sistema de salud de Guatemala se adapte a estos retos.

Finalmente, la cancelación del PEC ha exacerbado la situación y ocasionado un decremento geográfico en el acceso a servicios básicos de salud; restituir estos servicios y fortalecer la APS es prioridad principal. En adelante, las estrategias para fortalecer la APS deberán adoptar un enfoque integral que brinde intervenciones prioritarias como lo son la inmunización, nutrición, y planificación familiar, al tiempo que deberán incorporar también servicios para otras etapas del ciclo de vida, incluyendo el tratamiento de enfermedades no transmisibles comunes entre la población adulta. Las experiencias de otros países de la región, incluyendo a Brasil, Costa Rica y Perú, resaltan los diversos enfoques que los países pueden emplear para financiar y organizar la provisión de servicios de APS.

- 4. Recursos Humanos:** Los esfuerzos por lograr una cobertura universal de salud y garantizar acceso a servicios de APS serán insuficientes a menos que se tomen las medidas adecuadas para mejorar la gestión de la fuerza de trabajo de salud e incrementar el despliegue de recursos humanos a las zonas rurales. Como lo dijo la OMS en palabras sencillas, “no hay salud sin una fuerza de trabajo”. La inequitativa distribución de recursos humanos en zonas urbanas y rurales – existen 25,6 trabajadores capacitados por cada 10.000 habitantes en las zonas urbanas, y 3 por cada 10,000 en las zonas rurales – contribuye a las inequidades en el acceso a los servicios de salud y en los resultados de salud. Además de la falta de trabajadores de la salud en zonas rurales, las barreras lingüísticas entre los trabajadores de la salud y las comunidades indígenas marginalizadas representan un obstáculo importante para la utilización de servicios de salud por parte de dichas poblaciones.

La proliferación de mecanismos de contratación temporal por parte del sector público de la salud ha colocado un gran peso sobre el sistema de salud y sus trabajadores, particularmente sobre el MSPAS, donde la contratación de más de la mitad de la fuerza de trabajo se realiza a través de mecanismos temporales. Los contratos temporales ocasionan condiciones de trabajo inestables para el personal de salud y contribuyen a altos índices de rotación. Además, la desigual aplicación de normas y prácticas de contratación, junto con denuncias de influencias ejercidas por actores externos como sindicatos y políticos en decisiones relacionados a la dotación de personal,



contribuye a percepciones de falta de transparencia y responsabilidad en temas de contratación, ascensos y compensaciones. Tanto el sistema de contrataciones temporales como el de la contratación permanente conllevan retos para poder mejorar el desempeño y la responsabilidad, y requieren esfuerzos por mejorar tanto el desempeño como la rendición de cuentas de ambos. Guatemala necesita un marco legal actualizado para poder profesionalizar la fuerza de trabajo y establecer mecanismos claros y transparentes de contratación, fijación de compensaciones, y ascensos.

Otro gran obstáculo para establecer sistemas de evaluación de desempeño, así como para la gestión y gobernanza en general de los recursos humanos, es la falta de información de alta calidad, integral, actualizada y accesible en esa materia. Los sistemas de información dedicados a recursos humanos se encuentran altamente fragmentados tanto dentro del mismo MSPAS como entre el MSPAS y otras instituciones.

Finalmente, deben diseñarse la capacitación y educación para preparar trabajadores de la salud que puedan atender las necesidades de salud específicas de la población de Guatemala. Existe actualmente un desequilibrio entre la cantidad de médicos y la cantidad de enfermeras, siendo que existen únicamente 0,66 enfermeras por cada médico, mientras que la OMS recomienda una razón de 2,8 enfermeras por médico. Los altos índices de deserción de trabajadores de la salud y enfermeras en particular (69 por ciento) exacerban la escasez de trabajadores de la salud.

- 5. Sistemas de Información en Materia de Salud:** La unidad del Sistema de Información Gerencial de Salud del MSPAS (SIGSA) es responsable de conformar todas las bases de datos necesarias para la toma de decisiones informadas a todo nivel del MSPAS. Es también la entidad responsable de administrar, dirigir, custodiar y mantener la plataforma del sistema de información del MSPAS, así como de mejorar los actuales sistemas o crear nuevos subsistemas. A pesar de la presencia del SIGSA, el sistema de información de salud del MSPAS se encuentra plagado de fragmentación, con más de 40 sistemas de información en materia de salud adicionales que no han quedado aún integrados a la plataforma única de SIGSA.

Ni SIGSA ni las otras oficinas del MSPAS han planeado estratégicamente la integración de todas las necesidades de los sistemas de información dentro del MSPAS considerando el uso real de la información y la carga que los sistemas de información representan para el personal a nivel local. Por ello, las herramientas del sistema de información de salud del MSPAS han sido y continúan siendo desarrolladas como respuestas a solicitudes aisladas provenientes de altos funcionarios y donantes que, con base en su insatisfacción acerca de la calidad o precisión de la información actualmente disponible, solicitan un nuevo sistema o alguna modificación para satisfacer sus necesidades particulares.

Desafortunadamente, la actual estructura institucional del MSPAS no otorga autoridad de facto a SIGSA, ni los recursos para integrar todos los sistemas de información dentro del MSPAS y habilitar a SIGSA para ser la unidad que lidere el sistema de información de salud, como lo establece la ley.

Además de la fragmentación de los sistemas de información dentro del MSPAS, los datos interinstitucionales en materia de salud no existen, o se publican demasiado tarde para serles útiles a los administradores del sistema de salud. Datos de salud agregados del IGSS y el MSPAS para los años 2007 a 2009 fueron publicados por la Oficina Coordinadora Sectorial de Estadísticas de Salud (OCSES) dentro del Instituto Nacional de Estadística (INE). A la fecha de elaboración del HSA, la OCSES se encontraba trabajando en el informe para los años 2010 a 2012. Los entrevistados para el análisis mencionaron también que los sectores privado y público comparten información epidemiológica únicamente en casos de emergencia.

El MSPAS ha logrado un importante progreso en el desarrollo y mejora de su sistema de información de salud mediante la integración de muchas de las bases de datos y sistemas de información dentro del MSPAS, y a través de la mejora de la calidad de los datos que se recopilan. Sin embargo, queda mucho por hacer para atender la fragmentación y la falta de planeación estratégica tanto dentro del MSPAS como entre éste y otras instituciones de los sectores público y privado de Guatemala.

- 6. Insumos Médicos y Cadena de Suministros:** La administración efectiva de medicamentos y productos médicos (MPM) es un factor importante para contar con un sistema de salud de alta calidad. La administración de MPM abarca un conjunto completo de actividades tendientes a asegurar la oportuna disponibilidad y adecuado uso de medicamentos y productos relacionados como vacunas, equipos de prueba, insumos y equipos relacionados. Estos productos y sus servicios relacionados deben ser seguros, efectivos, y de calidad. Las actividades para administrar MPM incluyen la selección, adquisición, almacenamiento, distribución y uso de productos que fluyen a través del sistema de suministros. El valor monetario de MPM por lo general es sustancial, y los sistemas para manejar dichos productos suelen enfrentar retos políticos y administrativos.

En general los compradores pueden obtener precios más bajos y acceso a proveedores más establecidos y muchas veces de mayor calidad empleando mecanismos de compras compartidas (contratos marco y compras en volumen que no han quedado exentas) debido a que comprar en volumen brinda un mayor poder de compra. Sin embargo, el equipo del HSA identificó retos específicos para Guatemala:

- Los contratos marco en Guatemala requieren la colaboración activa del MSPAS, el IGSS, y la Sanidad Militar, todas ellas entes distintas que tienen procesos de compras independientes y aislados entre sí.
- El Departamento de Adquisiciones del MSPAS (DAM) indicó durante las entrevistas que algunos artículos pueden resultar más caros cuando se compran a través de contratos marco debido a que si las entidades no pagan oportunamente a sus proveedores, las penalizaciones por pagos atrasados se comen los ahorros por costo unitario. Este problema fue identificado como riesgo por varias de las personas entrevistadas.
- Si el proceso de adquisiciones para establecer contratos marco presenta fallas (como publicidad deficiente, términos contractuales negociados de manera inadecuada, corrupción, etc), empujando así a las unidades administrativas a utilizar proveedores sub-óptimos, los contratos marco podrían realmente empeorar el sistema.

A pesar de estos retos, la oportunidad que representa comprar insumos para la salud a través de contratos de volumen es significativa. En un estudio paralelo de “Experiencias y Oportunidades de Compras Conjuntas en Guatemala” realizado durante el HSA se recomienda una serie de modificaciones a los actuales procedimientos de compras con el objeto de reducir de manera significativa los costos de los suministros médicos.

Desde octubre del 2014, datos sobre faltas de inventario en áreas de salud y hospitales han sido reportados, agregados y compartidos con el público por medios electrónicos a través del SIGSA. Los datos del SIGSA se reportan de manera semanal y se actualizan a través de un “dashboard” o tablero accesible al público a través de Internet. La disponibilidad abierta de estos datos representa un paso positivo por parte del MSPAS para asegurar transparencia y mejorar la disponibilidad de medicamentos y suministros médicos. El equipo del HSA pudo evaluar las incidencias de faltas de inventario a nivel área de salud y a nivel hospitalario del periodo de siete meses que abarcó del 1 de octubre, 2014, al 30 de abril, 2015. Los datos del SIGSA mostraron un índice de falta de inventario promedio del 12 por ciento en áreas de salud durante ese periodo, mientras que en los hospitales mostraban un índice promedio del

19 por ciento. Sin embargo, debemos hacer notar que las áreas de salud representan un nivel intermedio en la cadena de suministros (hay otros dos niveles debajo de las áreas de salud: los distritos de salud y los puestos/centros de salud), lo cual significa que el índice de falta de inventario en los niveles más bajos será muy probablemente más alto que el promedio a nivel área de salud.

Según la información proporcionada por el Departamento de Finanzas del MSPAS al equipo de análisis, los presupuestos 2014 para medicamentos para las unidades administrativas mostraron variaciones sustanciales entre los presupuestos asignados por la Unidad de Planeación Estratégica (UPE) y el presupuesto devengado de cada unidad administrativa. Para hospitales, el devengado fue 14 por ciento por debajo del presupuesto; para áreas de salud, el devengado fue 34 por ciento por debajo del presupuesto; y para los programas de salud, el devengado fue 42 por ciento por debajo del presupuesto. Algunos entrevistados comentaron que las deficiencias son incluso más grandes. Un entrevistado, por ejemplo, estima que el presupuesto devengado para medicamentos fue del 40 por ciento por debajo de lo necesario.

I. METODOLOGÍA

I.1 Marco del Enfoque del Análisis de Sistemas de Salud

El Proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud (HFG) empleó el enfoque de Análisis del Sistema de Salud, (HSA) para llevar a cabo una rápida evaluación del sistema de salud de Guatemala. El enfoque HSA es una adaptación tomada del Enfoque para el Análisis de Sistemas de Salud: Manual de Cómo se Hace, versión 2.0 (Sistemas de Salud 20/20 2012) de USAID, que ha sido empleado en 25 países. El enfoque HSA está basado en el marco de sistemas de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de seis módulos (WHO 2007).

El enfoque empleado en Guatemala abarcó los seis módulos de los sistemas de salud: gobernanza, financiamiento de la salud, prestación de servicios, recursos humanos para la salud, sistemas de información para la salud, y administración farmacéutica. Se hizo especial énfasis en los seis módulos de financiamiento para la salud y prestación de servicios debido a la dinámica de transición que se presenta en el país.

Los objetivos del análisis fueron los siguientes

- ▶ Comprender las restricciones clave del sistema de salud y priorizar las áreas que requieren atención
- ▶ Identificar oportunidades de asistencia técnica para fortalecer el Sistema de salud para mejorar el acceso a servicios de calidad
- ▶ Brindar un mapa hacia socios locales, regionales e internacionales con el objeto de coordinar asistencia técnica.

I.2 Proceso del HSA

Fase I: Preparar para el Análisis

Durante la etapa de preparación, el proyecto HFG identificó un equipo de siete especialistas técnicos: uno por cada módulo. Tres de los miembros del equipo pertenecían al HFG y tres de ellos a USAID Washington; la dirección técnica general estuvo a cargo del proyecto HFG.

Fase 2: Conducir el Análisis

La mayoría de los datos de sistemas de salud se obtuvieron a partir de revisar material tanto publicado como otros materiales a los cuales el equipo tuvo acceso a través de socios de desarrollo y del MSPAS y también material obtenido en Internet. Los miembros del equipo elaboraron un resumen del material por cada módulo de los sistemas de salud para así lograr comprender de manera preliminar el sistema e identificar los vacíos de información. Se desarrollaron, para cada módulo, guías semi-estructuradas para entrevistas con base en los vacíos de información detectados y los indicadores que se resaltan en el enfoque de HSA. Un coordinador local de logística ayudó a identificar antecedentes, a la identificación de partes interesadas clave, y a coordinar las entrevistas.



Se extendió una invitación a partes interesadas clave de los sectores público y privado a que participaran en entrevistas con informantes clave para contribuir y validar lo que se había obtenido a través de fuentes secundarias. Los informantes clave ofrecieron también documentos clave y refirieron al equipo con otras importantes partes interesadas. Durante las dos semanas del periodo de recolección de datos, en abril del 2015, el equipo de análisis que se encontraba en el país entrevistó a 123 partes interesadas. Entre los entrevistados se incluían representantes del gobierno, asociaciones de profesionales, instituciones dedicadas a la capacitación en materia de salud, las ONG, empresas privadas, proveedores del sector salud, así como una gran cantidad de profesionales del MSPAS. Se realizaron visitas de campo a los departamentos de Alta Verapaz, Chiquimula y Quetzaltenango con el fin de verificar datos ofrecidos por partes interesadas clave. Durante ese ejercicio se visitaron hospitales públicos, centros de salud, puestos de salud y oficinas de distritos de salud. Las respuestas fueron grabadas por los entrevistadores y examinadas para identificar temas comunes entre las partes interesadas mientras el equipo aún estaba en el país. El equipo presentó un panorama preliminar de los resultados que estaban emergiendo así como recomendaciones al MSPAS antes de culminar su visita al país.

Debido a la presencia de un análisis concurrente del sector privado de la salud en Guatemala (Cisek et al. 2015), el HSA se concentró en el sector público de la salud y en particular en el MSPAS. La visita al país sucedía mientras en Guatemala ocurrían notables cambios de liderazgo en las esferas política y social, así como potencial de transición en vista de las elecciones próximas a celebrarse en el otoño del 2015.

Fase 3: Analizar Datos y Elaborar el Reporte Preliminar

Luego de la obtención de datos en el país, el equipo del HSA se dio a la tarea de transcribir las respuestas de las partes interesadas y revisar los documentos adicionales reunidos. El responsable de cada módulo redactó un resumen de los resultados y las recomendaciones de ese módulo. Con aportaciones del resto del equipo, el responsable del equipo identificó los resultados clave y problemas que fueron encontrados en todos los seis módulos, y desarrolló mayores recomendaciones. Los resultados fueron compilados en un borrador inicial y presentados a los asesores de calidad del proyecto HFG para su revisión. Un borrador final fue presentado a USAID Guatemala para su revisión y aprobación.

Fase 4: Diseminación de los Resultados

El equipo del HAS empleó los resultados de este reporte preliminar para prepararse para una conferencia de diseminación a celebrarse en enero 2016, en donde el MSPAS y partes interesadas claves locales se van a reunir para discutir los resultados del análisis y las recomendaciones. Se pondrá un énfasis especial en revisar las fortalezas y debilidades del sistema de salud y las recomendaciones para fortalecerlo. La Misión USAID Guatemala estará compartiendo el reporte final con partes interesadas clave.

2. PANORAMA GENERAL

Con 15.5 millones de habitantes, la República de Guatemala es la nación más poblada de América Central (Banco Mundial, 2014). El país cuenta con una superficie de 108.890 kilómetros cuadrados que se extienden entre el Océano Pacífico y el Caribe, haciendo frontera con México, Belice, Honduras, y El Salvador. Cuarenta y nueve por ciento de la población vive en las zonas rurales, en contraste con un 21 por ciento de la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC) (Banco Mundial, 2014), y de los 15.5 millones de guatemaltecos, 40 por ciento se identifican como indígenas (INE, 2011). Los diversos grupos indígenas, hablan más de 20 lenguas en todo el país, y conforman un sector importante, aunque marginado, de la diversa sociedad de Guatemala. Grandes inequidades en el acceso a servicios de salud y en resultados de salud existen entre las poblaciones indígenas y las no indígenas (o ladina).

Aunque Guatemala ha tenido grandes logros en las últimas dos décadas, el legado de la guerra civil de 1960 a 1996 aún se manifiesta con efectos visibles no solamente en los persistentes niveles de violencia, sino también en los debilitados servicios sociales y una economía aletargada. Las décadas de desatención que sufrió el sistema de salud durante el conflicto dejaron un sistema con un financiamiento gravemente deficiente, y con escasa cobertura de servicios de salud en áreas rurales. Aunque los Acuerdos de Paz de 1996 establecieron medidas para atender las causas estructurales de la pobreza, los altos niveles de pobreza y exclusión sufridos por los grupos minoritarios—elementos que también contribuyeron al conflicto—permanecen hasta la fecha (USIP, 1998). Con un producto interno bruto (PIB) per cápita de EU\$3.478.00 o EU\$7.297.00 ajustado a ppa (Banco Mundial, 2015), y ocupando el lugar 125 (de entre 187 países) según el Índice de Desarrollo Humano (PNUD), 2014), Guatemala se encuentra entre las naciones más pobres de la región LAC. Cincuenta y tres por ciento de los guatemaltecos viven en condiciones de pobreza, y 13 por ciento viven en estado de extrema pobreza (ENCOVI, 2011). Aunque la economía ha crecido a una tasa promedio del 3,6 por ciento desde 1990, el PIB anual per cápita ha crecido un promedio de tan solo 1,2 por ciento debido a la tasa anual de crecimiento demográfico promedio de 2,5 por ciento durante el mismo periodo (Banco Mundial, 2015).

En educación, el índice de alfabetismo entre los adultos es del 78 por ciento, y aunque el mismo índice es mucho más alto entre la población de entre 15 y 24 años (94 por ciento), grandes brechas persisten entre hombres y mujeres. Las mujeres de entre 15 y 24 años de edad tienen casi el doble de probabilidades de ser analfabetas que los hombres (8 por ciento contra 4,5 por ciento), lo que resalta las barreras que enfrentan mujeres y niñas para acceder a la educación (Banco Mundial, 2015).

La capacidad del gobierno de Guatemala para ofrecer salud y educación se ve gravemente impedida debido a débiles sistemas fiscales. Según la OCDE, los ingresos fiscales de Guatemala del 12,3 por ciento del PIB se encuentran entre los más bajos de la región (OCDE, 2015). Entre los numerosos retos que enfrenta la creación de una base fiscal más robusta se encuentra el alto grado de informalidad de la economía. De acuerdo a información reflejada por la Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos, 69 por ciento de los guatemaltecos trabajan en el sector informal, y 42 por ciento de ellos trabajan en agricultura de subsistencia (INE, 2014b).

FIGURA 2.1. MAPA POLITICO DE GUATEMALA



Fuente: <http://www.dedalesdeblanca.com/escudos%20y%20banderas/guatemala%20mapa.gif>

2.1 Tendencias Demográficas

Comparado con otros países latinoamericanos, Guatemala se encuentra en una etapa inicial de la transición demográfica caracterizada por altos índices de fertilidad y un rápido crecimiento de la población, que ésta compuesta principalmente de niños y jóvenes (Tabla 2.1). Con una Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 3,6 nacimientos por mujer y una tasa de crecimiento anual de la población del 2,5 por ciento, la población de Guatemala está creciendo al doble de la tasa promedio (1,1 por ciento) de otros países de LAC (OMS, 2014c). Según la Oficina de Referencias Poblacionales, se espera que la población de Guatemala se duplique para el año 2037 (Haub y Gribble, 2011).

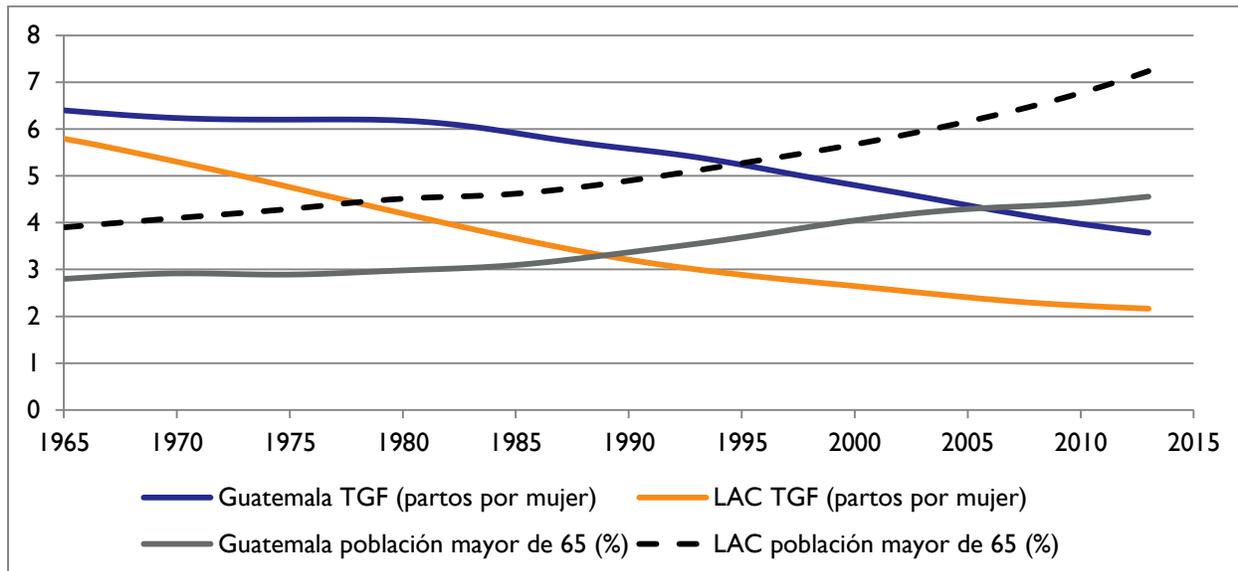
TABLA 2.1. INDICADORES POBLACIONALES EN GUATEMALA Y LA REGION LAC (2013)

Indicador	Guatemala	LAC
Total de población (millones)	15,5	588
TFT (nacimientos por mujer)	3,8	2,2
Crecimiento de la población (% anual)	2,5	1,1
Población rural (porcentaje del total)	49,3	21
Edades de la población 0 a 14 (porcentaje del total)	40,4	27
Población de 65 años de edad en adelante (porcentaje del total)	4,6	7

Fuente: Banco Mundial, 2015

El rápido crecimiento de la población en Guatemala pone enormes retos al sector salud, ya que éste debe crecer para prestar servicios a la creciente población. Como se muestra en la figura 2.2, la TGF de Guatemala se ha reducido más lentamente que en el resto de la región LAC. Consecuentemente, la población de Guatemala está envejeciendo más lentamente también. Sin embargo, la cantidad de habitantes mayores de 65 años de edad se incrementa constantemente, representando al día de hoy 4,6 por ciento de la población. Conforme la población de Guatemala continua envejeciendo, el sistema de salud tendrá que atender la carga creciente de enfermedades crónicas y no transmisibles asociadas con la vejez.

FIGURA 2.2. TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD Y POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS DE EDAD EN GUATEMALA Y LA REGIÓN LAC

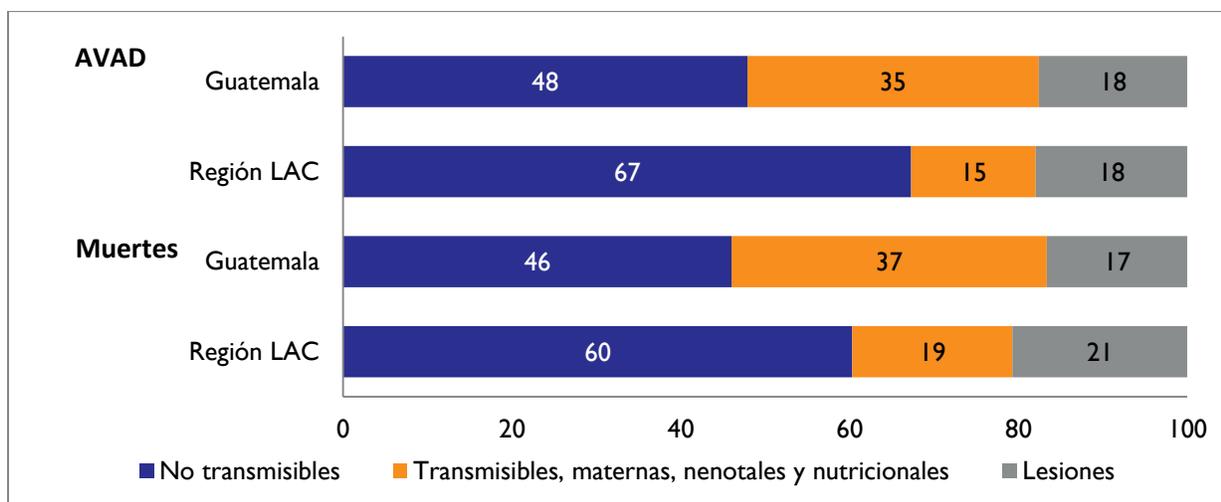


Fuente: Banco Mundial, 2015

2.2 Perfil Epidemiológico

En comparación con el resto de la región LAC, Guatemala tiene una pesada carga de enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y relacionadas con la nutrición. La Figura 2.3 muestra la carga de enfermedad, medida tanto en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) como en muertes en Guatemala y en la región. No obstante, es evidente también la “doble carga de enfermedad” ocasionada por la persistencia de estas enfermedades y el incremento de enfermedades no transmisibles (ENTs).

FIGURA 2.3. CARGA DE ENFERMEDAD POR CATEGORÍA AMPLIA DE OMS EN AVAD'S Y EN MUERTES (2010)



Fuente: IHME 2013

Mientras las enfermedades cardiovasculares y del aparato circulatorio ocupan el sexto lugar en términos de AVAD's, son ahora la causa número uno de muerte en Guatemala, como lo refleja la Tabla 2.2. La tabla también ilustra la carga frecuentemente ignorada de las enfermedades en salud mental, así como el gran precio que ha cobrado la violencia a la salud de la sociedad—11 por ciento de todas las muertes son atribuibles a la violencia interpersonal. Finalmente, la tabla ilustra que a pesar del crecimiento de las ENT, grandes retos existen aún antes de poder eliminar la morbilidad y la mortalidad ocasionadas por causas comunicables, maternas, neonatales y nutricionales.

TABLA 2.2. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE AVAD'S PERDIDOS EN GUATEMALA (2010)

Diez principales causas de AVADs	(% de carga de enfermedad)			
	AVADs		Muertes	
	Guatemala	Región LAC	Guatemala	Región LAC
1. Enfermedades cardiovasculares y del aparato circulatorio	6,1	11,0	15,1	27,9
2. Infecciones del sistema respiratorio inferior	10,7	3,3	14,1	5,3
3. Violencia interpersonal	10,3	5,0	11,3	4,6
4. Cáncer	5,2	7,2	11,0	14,6
5. Diabetes, urogenital, sangre, y endocrinología	5,7	7,2	8,5	10,2
6. Diarrea	6,1	1,6	5,4	1,1
7. Enfermedades neonatales	8,0	5,5	5,2	2,8
8. Deficiencias en la nutrición	5,3	2,7	4,9	1,4
9. Enfermedades mentales y conductuales	8,4	10,4	0,5	0,7
10. Enfermedades musculoesqueléticas	5,7	7,8	0,3	0,5

Fuente: IHME 2013

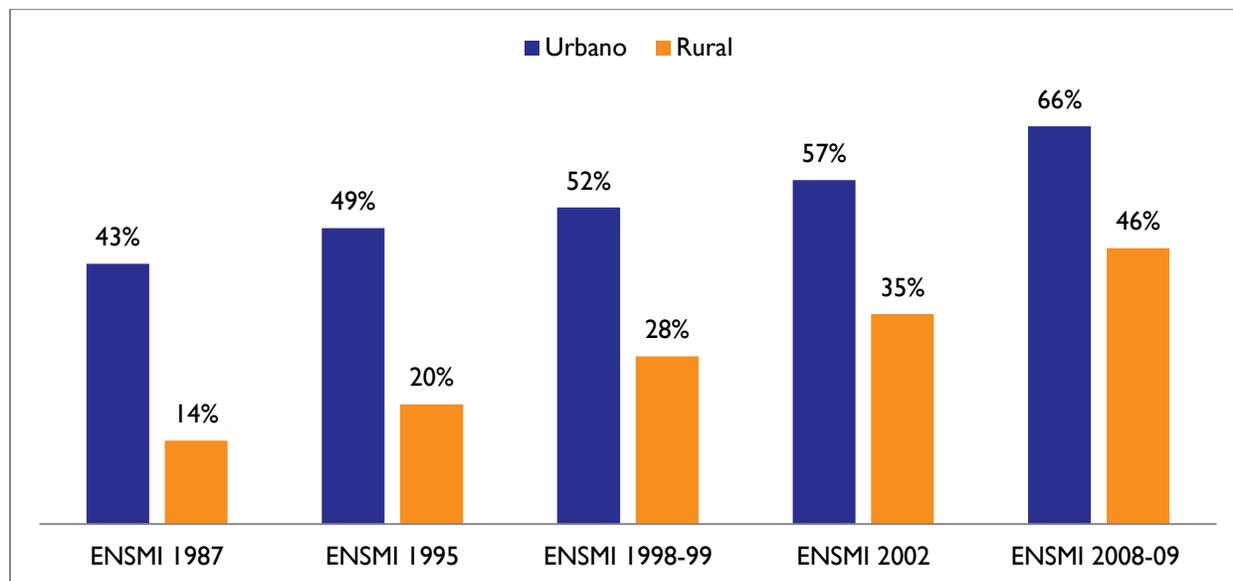
2.3 Salud Reproductiva y Planificación Familiar

Guatemala ha logrado mejoras extraordinarias en el acceso a servicios de salud reproductiva y planificación familiar. Sin embargo, continúan existiendo brechas importantes. Como lo muestra la Figura 2.4, la prevalencia del uso de anticonceptivos entre mujeres en edad reproductiva se ha incrementado en los últimos 30 años. Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), 2008-2009,

54 por ciento de las mujeres guatemaltecas en edad reproductiva, en unión, emplean algún método de anticoncepción. El uso de métodos modernos en dicha población es de 44 por ciento. Persisten diferencias significativas persisten entre el uso de métodos modernos en las áreas urbanas (35 por ciento) y las rurales (25 por ciento) (MSPAS, 2010). Esta brecha refleja muy de cerca el uso entre las mujeres indígenas (19 por ciento) y las mujeres no indígenas (36 por ciento), y esta disparidad refleja no solamente distintas preferencias, si no la falta de acceso a los anticonceptivos. Utilizando datos del MSPAS, 2010, Ishida et al. (2012) calcula que la necesidad satisfecha de anticonceptivos fue del 72 por ciento entre mujeres no indígenas, comparado con solo 49 por ciento entre mujeres indígenas.

Disparidades significativas entre las poblaciones indígena y no indígena existen también en el porcentaje de mujeres que dan a luz en instalaciones de salud. A nivel nacional, 48 por ciento de las mujeres guatemaltecas dan a luz en su hogar, comparado con 51 por ciento que lo hacen en establecimientos de salud de salud. Sin embargo, solo 30 por ciento de las mujeres indígenas da a luz en instalaciones de salud, comparado con 71 por ciento de mujeres no indígenas. En el altiplano occidental, región predominantemente indígena, 79 por ciento de mujeres da a luz en el hogar. Finalmente, estos bajos niveles de partos atendidos a nivel institucional y de uso de anticonceptivos son causas principales de los altos niveles de mortalidad materna en Guatemala.

FIGURA 2.4. UTILIZACIÓN DE MÉTODOS MODERNOS DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN UNIÓN



Fuente: Ishida 2012, utilizando datos del MSPAS 2010.

2.4 Mortalidad Materna

Aunque Guatemala ha dado importantes pasos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en mortalidad materna - la proporción de mortalidad materna se redujo de 270 por cada 100,000 nacimientos vivos en 1990 a 113 por cada 100,000 nacimientos vivos en el año 2013 (MSPAS, 2015d) - aun así no logrará llegar a la meta de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes para el año 2015 (Cuenta regresiva 2015). Además, grandes brechas existen entre las regiones urbanas, más ricas, y las regiones rurales, más pobres, como se presenta en la Tabla 2.3. Según un estudio sobre mortalidad materna que emplea la metodología de la Encuesta de Mortalidad en Mujeres en Edad Reproductiva (RAMOS), estas brechas son aún mayores por etnicidad. Analizando registros del 2013, el estudio reveló una proporción de mortalidad materna de 159 por cada 100,000 nacimientos vivos entre las mujeres indígenas y 70 por cada 100,000 nacimientos vivos entre mujeres no indígenas. De las 452 muertes maternas en el año 2013, 68 por ciento correspondieron a mujeres indígenas (MSPAS, 2015d).

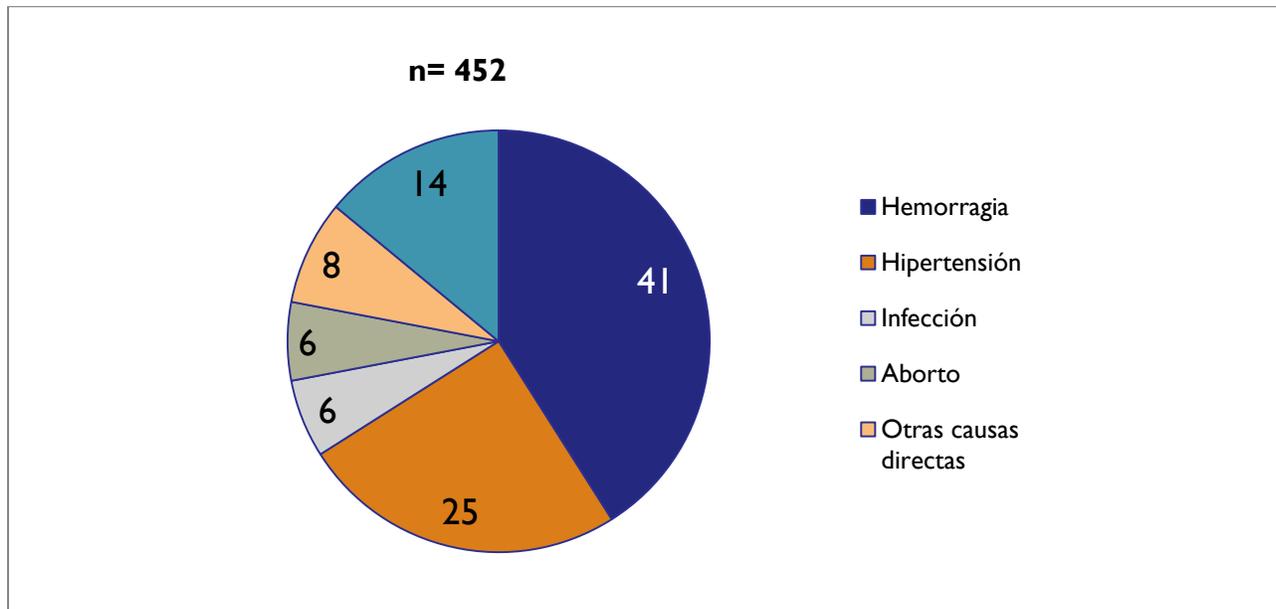
**TABLA 2.3. RAZON DE MORTALIDAD MATERNA
SEGÚN REGIÓN DONDE HABITA LA MADRE, 2013**

Región	Razón de Mortalidad Materna (por cada 100,000 nacimientos vivos)
Nacional	113
Metropolitana	48
Norte	119
Noreste	98
Sureste	86
Centro	104
Suroeste	105
Noroeste	202
Petén	150

Fuente: Adaptado de MSPAS 2015d

Entre las mujeres de todas las edades, las causas principales de muerte fueron hemorragia (41 por ciento) y eclampsia/preclamsia (25 por ciento). Que estos padecimientos sean prevenibles resalta la necesidad de un mejor acceso a cuidados obstétricos oportunos y de calidad, lo cual se ve exacerbado por la frecuencia de partos en el hogar (48 por ciento) y/o partos atendidos por parteras tradicionales (PT) y no atendidos en establecimientos de salud por personal capacitado. La Figura 2.5 muestra las causas de muertes maternas en el 2013.

FIGURA 2.5. PORCENTAJE DE MUERTES MATERNAS POR CAUSA, 2007 Y 2013

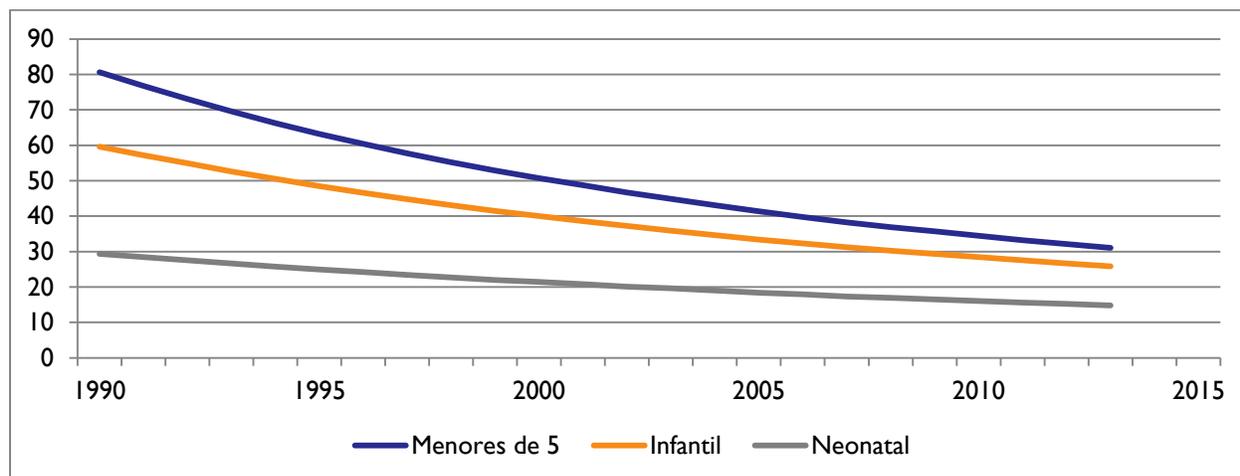


Fuente: MSPAS 2015d

2.5 Salud Infantil

En los últimos veinticinco años, Guatemala ha reducido de manera dramática la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años de edad. Entre los años de 1990-2013, la tasa de mortalidad de menores de cinco años bajó de 80 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos a 31 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, acercándose a la meta del ODM 4 de reducir esta mortalidad en dos terceras partes (meta de 27 en el caso de Guatemala). Como lo demuestra la Figura 2.6, la mortalidad de niños menores de cinco años de edad se compone principalmente de mortalidad de infantes (niños de menos de un año de edad) y de mortalidad neonatal (infantes de menos de un mes de edad). Estas tasas de mortalidad han demostrado ser más difíciles de reducir que las de los niños mayores a un año de edad. Mientras que los niños de entre uno y cuatro años de edad representaron 26 por ciento de la mortalidad de niños menores de cinco años en 1990, esa cifra bajó a 17 por ciento en el año 2013. Mientras tanto, la mortalidad neonatal ha pasado del 26 al 48 por ciento de la mortalidad de niños menores de cinco años durante el mismo periodo. Estas cifras ilustran que para reducir de manera significativa la mortalidad de niños menores de cinco años será necesario lograr mayores resultados en la reducción de la mortalidad de infantes y neonatos.

FIGURA 2.6. TASAS DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ, INFANTIL Y NEONATAL POR CADA 1.000 NACIMIENTOS VIVOS

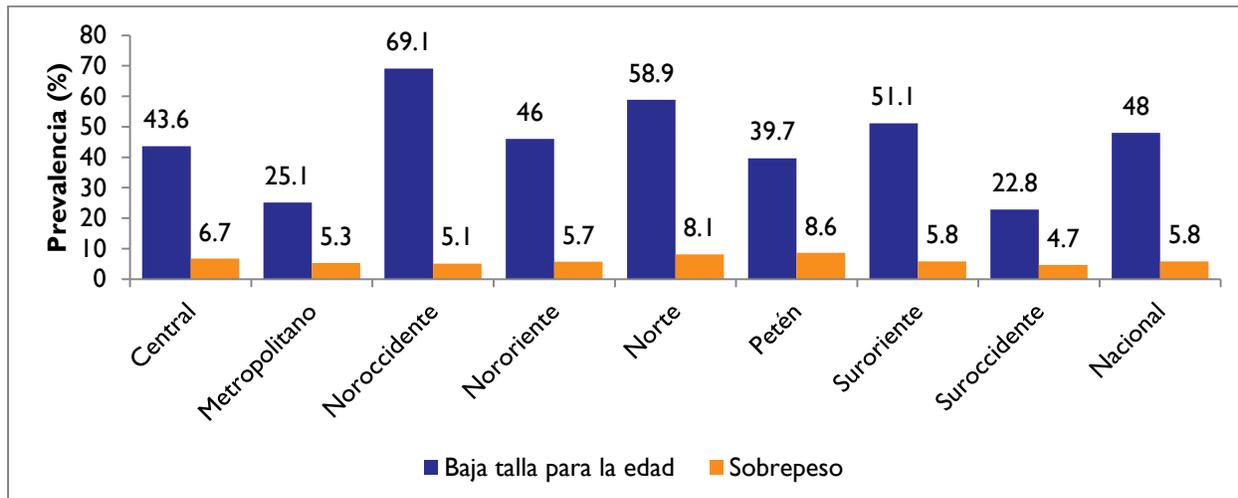


Fuente: Banco Mundial, 2015

2.6 Nutrición

Combatir la desnutrición infantil es prioridad para el gobierno de Guatemala. Como se detalla en el Pacto Hambre Cero, 166 municipios prioritarios han sido identificados para combatir el hambre y promover la seguridad alimentaria; reducir la prevalencia de desnutrición crónica en 10 por ciento en niños menores a tres años de edad; y prevenir y reducir la tasa de mortalidad durante la infancia de niños menores de cinco años de edad a causa de la desnutrición. Entre los niños menores de cinco años, 48 por ciento sufren retrasos en su crecimiento (baja talla para la edad) o desnutrición crónica, y 13 por ciento sufren de bajo peso para talla (desnutrición global). Otro 5,8 por ciento tiene sobrepeso (MSPAS, 2010). Como lo muestra la Figura 2.7, estas estadísticas varían ampliamente de una a otra región geográfica de Guatemala, siendo que los niveles de retrasos de crecimiento en la región noroccidental son casi tres veces mayores que en las regiones suroccidental o metropolitana.

FIGURA 2.7. PREVALENCIA DE RETRASO DE CRECIMIENTO Y SOBREPESO INFANTILES POR REGIÓN



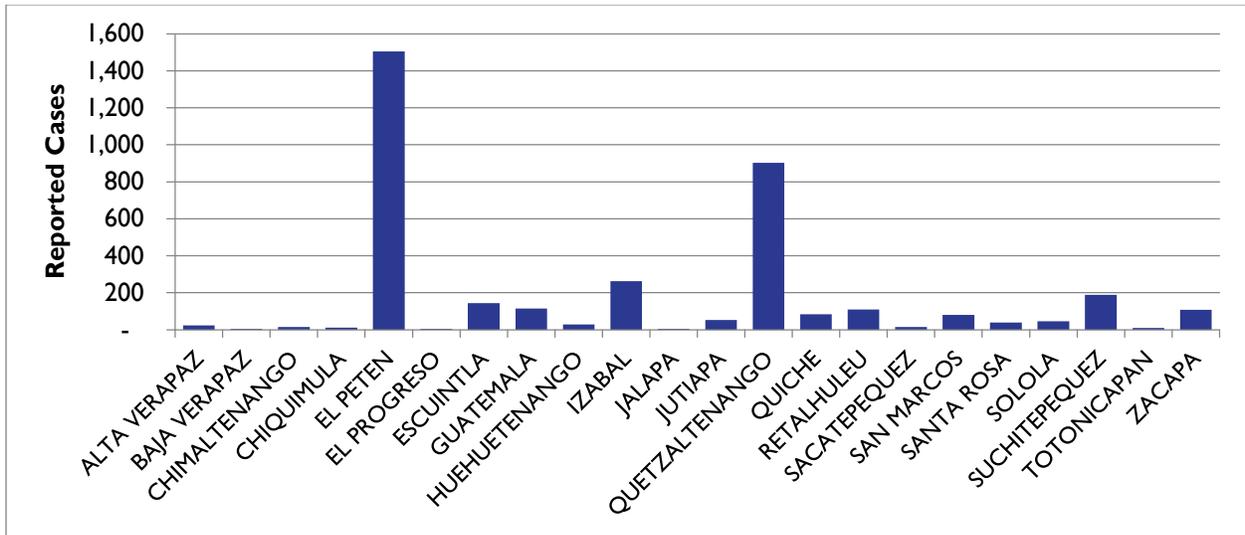
Fuente: MSPAS, 2010

Aunque no se ha avanzado tanto en la transición de nutrición como algunos de sus vecinos de la región, en Guatemala se está presentando, sin embargo, un incremento de la obesidad. Juntas, la persistencia del retraso del crecimiento y el incremento de obesidad infantil son alarmantes, ya que se demuestra cada vez mayor evidencia de que los individuos que de niños sufrieron de desnutrición —ya sea retrasos en el crecimiento u obesidad— tienen más probabilidades de convertirse en adultos obesos (Black et al. 2013). Entre las mujeres entre 15 y 49 años de edad que tienen un niño de menos de cinco años de edad, 15 por ciento son obesas, y 35 por ciento tienen sobrepeso (MSPAS, 2010). Entre todas las mujeres de Guatemala de 20 años en adelante, 26.7 por ciento son obesas (OMS, 2014^a). Estas cifras son importantes no solamente porque la obesidad contribuye a las ENT, sino también porque los niños dados a luz por madres obesas tienen más probabilidades de sufrir de sobrepeso (Martorell, 2012). Además de la obesidad, una nutrición materna deficiente se refleja también en los elevados niveles de anemia materna en Guatemala (29,1 por ciento), lo cual impacta la anemia infantil (47,7 por ciento) y los retrasos del crecimiento (Martorell, 2012).

2.7 VIH/SIDA

Según las estimaciones más recientes del MSPAS reportadas a UNAIDS en 2013, en Guatemala hay 53.000 personas que viven con VIH y existe una tasa de prevalencia en adultos (edades 15 a 49 años) del 0,6 por ciento (MSPAS, 2014c). Una revisión de datos publicados en el portal de datos de MSPAS indica que entre el 2009 y el 2014, el Departamento del Petén (y el área de salud de Petén Norte en particular) presentaron el número más alto de casos de VIH reportados, con 1.504 (ó 40 por ciento de todos los casos reportados) de los últimos cuatro años, mientras que Quetzaltenango representó la siguiente cantidad más alta de casos con 903 (ó 24 por ciento de todos los casos reportados).

FIGURA 2.8. ACUMULADO DE CASOS DE VIH POR DEPARTAMENTO, 2009-2014



Fuente: SIGSA 2015c

2.8 Panorama del Sistema de Salud

El sistema de salud de Guatemala se caracteriza por altos niveles de fragmentación entre diversas instituciones públicas, así como por un sector privado que, a pesar de interactuar con el sistema público de la salud a diversos niveles, opera bastante independientemente, bajo una mínima regulación. En el ámbito público, los principales actores son el MSPAS, responsable de la gobernanza así como de la prestación de servicios, y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), un sistema de seguridad social para la salud que cubre a los trabajadores del sector formal. Los miembros de las fuerzas armadas están cubiertos a través de Sanidad Militar. A pesar de bajos niveles de cobertura de seguros médicos privados (menos del 5 por ciento), existen muchos y diversos actores que participan en el sector privado. Este incluye proveedores tanto con fines de lucro, como sin fines de lucro como lo son las ONG's y organizaciones religiosas, y formas tradicionales y alternativas de medicina.

Además de prestar servicios, el MSPAS es la principal dependencia regulatoria, responsable de la gobernanza del sector salud. Sin embargo, en la práctica, el MSPAS tiene poca influencia sobre el IGSS o con el sector privado. Tan solo un 25 por ciento de los guatemaltecos cuentan con algún tipo de seguro de salud, como lo muestra la Tabla 2.4. El MSPAS es, en teoría, responsable de prestar servicios al resto de la población, pero su cobertura efectiva es mucho menor. Las ONG prestan servicios a aproximadamente 18 por ciento de la población (Becerril-Montekio and Lopez-Dávila 2011).

TABLA 2.4. NIVELES DE COBERTURA DE LOS SEGUROS

IGSS	Sanidad Militar	Seguros Privados	Población No Asegurada
17,5%	0,5%	<5%	75%

Fuente: MSPAS, 2010 y MSPAS, 2011

En los últimos 20 años, las ONG fueron contratadas por el MSPAS para prestar servicios de salud en zonas rurales. Esas ONG han jugado un papel importante en la expansión y mejoramiento de los servicios de salud en todo el país. Esto comenzó con la firma de los Acuerdos de Paz de 1996, que dieron un nuevo impulso al sistema de salud, ordenando que se incrementara el gasto público en salud, y especificando que los fondos tendrían que emplearse para ampliar los servicios de salud hacia las zonas rurales marginadas. Enfrentando numerosos retos a la expansión de sus servicios de manera directa, el MSPAS decidió contratar a las ONG para ampliar la cobertura más rápidamente a través del Programa de Extensión de Cobertura (PEC). Con financiamiento adicional por parte de la comunidad de donadores internacionales, este programa creció rápidamente hasta abarcar a aproximadamente 2.9 millones de personas para el año 2000 (Lao Peña, 2013). Sin embargo, una creciente insatisfacción con lo que se percibía como niveles de servicio más bajos a las comunidades indígenas al amparo del PEC, junto con acusaciones de ineficiencia y falta de transparencia en el otorgamiento de contratos PEC a las ONG, dieron lugar a legislación que prohibía la contratación externa de servicios de salud a las ONG y a la cancelación de la mayoría de los contratos del MSPAS con las ONG en la temporada de otoño del año 2014.

Los patrones de utilización de servicios de salud resaltan la fragmentación del sistema de salud de Guatemala. Como lo muestra la Tabla 2.5, las fuentes financiadas con fondos públicos (MSPAS, IGSS, y centros de salud informales y rudimentarios conocidos como Centros de Convergencia) representan el 98 por ciento de cobertura de las inmunizaciones entre niños menores de 5 años de edad. De manera notable, sin embargo, 28 por ciento de los niños fueron inmunizados en Centros de Convergencia que formaban parte del PEC, lo cual resalta la necesidad urgente de que el MSPAS llene el vacío de servicios que antes prestaba el PEC con el fin de garantizar que no decaigan los niveles de cobertura de intervenciones preventivas críticas como lo son las inmunizaciones.

TABLA 2.5. FUENTE DE INMUNIZACIONES PARA NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS (%)

	MSPAS*	IGSS	Privada	Centros de Convergencia
Immunización	64	6	2	28

* Excluyendo Centros de Convergencia (operados por ONGs pero financiados por el MSPAS)

Fuente: MSPAS, 2011

Los patrones de uso en adultos revelan que la población de Guatemala acude normalmente al sector privado en busca de servicios de salud, y particularmente para el tratamiento de padecimientos crónicos como la diabetes e hipertensión (Tabla 2.6), así como para servicios de exámenes preventivos como lo son exámenes de próstata y Papanicolaou (Tabla 2.7). Estas cifras resaltan la necesidad de que el MSPAS atienda la creciente carga de enfermedades no transmisibles y crónicas, que incrementarán en el futuro los costos de la atención a la salud y particularmente los gastos de bolsillo si no logra mejorarse la capacidad del sector público para prestar estos servicios.

TABLA 2.6. FUENTE DE ATENCIÓN EN VARONES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD (%)

	MSPAS	IGSS	Privada	Otras
Tratamiento para diabetes	21	19	53	7
Tratamiento para hipercolestomía	15	28	48	9
Tratamiento para hipertensión	21	16	54	9
Exámen de próstata	8	18	60	12

Fuente: MSPAS, 2011

Las tasas de uso entre mujeres también subrayan el importante papel que juega el sector privado en la provisión de acceso a servicios de planificación familiar. Particularmente, la organización internacional sin fines de lucro Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM) brinda 16 por ciento de los insumos relacionados con planificación familiar a la población, y 20 por ciento de los exámenes de Papanicolaou. Para una discusión más detallada acerca del sector privado y los servicios de planificación familiar en Guatemala, se puede referir al Análisis del Sector Privado de Guatemala (Cisek et al. 2015).

TABLA 2.7. FUENTE DE ATENCIÓN EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD (%)

	Pública*	IGSS	Clínica privada u hospital **	APROFAM	Partera tradicional/ en casa	Otras
Planificación familiar	51	9	22	16	-	2
Lugar del parto	35	8	7	1	48	-
Cesárea	59	17	21	3	-	-
Papanicolaou	39	6	32	20	-	3

* Fuentes públicas consisten principalmente de instalaciones del MSPAS, pero también incluyen otras instalaciones de financiamiento público, como las financiadas por los municipios.

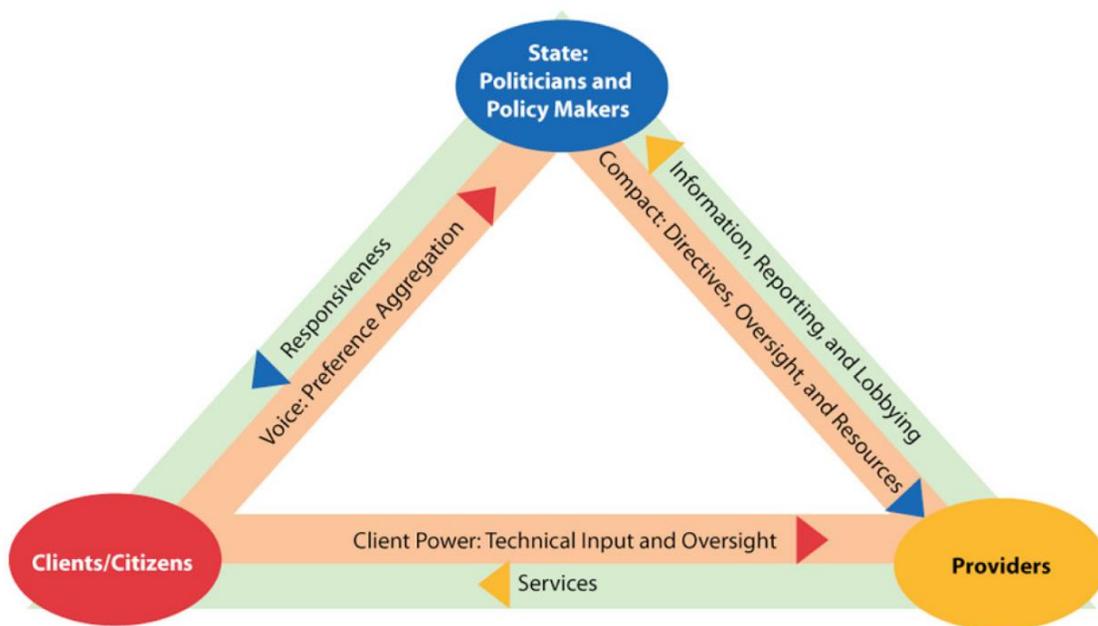
Fuente: MSPAS, 2010

3. GOBERNANZA

3.1 Panorama de la Gobernanza

Una gobernanza efectiva en el sector salud consiste en la capacidad de dirigir recursos de manera competente, administrar desempeños y lograr la participación de partes interesadas para mejorar la salud de la población de manera transparente, responsable, equitativa y en respuesta a lo que requiere el público (USAID et al. 2006). Para lograr intervenciones sostenibles en salud se requiere la existencia de todos estos elementos, ya que cada uno depende del éxito de todos los demás. Para comprender cómo funciona cada uno de estos elementos, el presente HSA utiliza el marco de la gobernanza de la salud (Figura 3.1), que involucra a tres grupos principales de actores responsables de garantizar un sólido sistema de salud: el Estado, los proveedores de servicios de salud, y la ciudadanía (Brinkerhoff and Bossert 2008).

FIGURA 3.1. MARCO DE LA GOBERNANZA DE LA SALUD



Fuente: Adaptado de: Brinkerhoff and Bossert 2008

Los papeles y la relación entre estos actores del sistema de salud constituyen el corazón del marco de la gobernanza de la salud. Los actores estatales incluyen a políticos, legisladores y otros funcionarios gubernamentales. Juntos, desarrollan, implementan y hacen valer las reglas y los reglamentos que rigen el sistema de salud, brindan liderazgo y supervisión de las políticas, organizan esquemas de seguros administrados por el Estado, y determinan el financiamiento para las porciones significativas del sistema de salud. Idealmente, los actores estatales también son responsables de responder a las voces ciudadanas expresadas durante elecciones o esfuerzos de abogacía y apoyo.

Los proveedores de servicios de la salud se componen de personal de atención a la salud de los sectores tanto público como privado, así como de organizaciones que apoyan a la provisión de los servicios. Su principal papel es prestar servicios a los clientes y proporcionar información a políticos y legisladores acerca de indicadores de desempeño y de salud. Los ciudadanos son consumidores de servicios de salud, y su interés en la salud se extiende a los beneficios sociales de los servicios de salud, y no solamente a su impacto sobre el individuo. Los ciudadanos pueden tener interacción con proveedores a nivel individual, o pueden participar a través de organizaciones que representan sus intereses. Los ciudadanos tienen influencia en la formulación de políticas y en la prestación de servicios a través de sus esfuerzos y abogacía por el cambio, ofreciendo retroalimentación a los proveedores, y exigiendo desempeño tanto de los proveedores como de los gobiernos. El HSA de Guatemala busca comprender las relaciones entre estos actores, cómo es que las estructuras refuerzan o inhiben estas relaciones, y qué influencia ejercen sobre la capacidad del sistema de salud de satisfacer criterios de desempeño.

3.1.1 Indicadores de Gobernanza Clave

Para estudiar la gobernanza de la salud, conviene enmarcar al sector salud dentro del ambiente más amplio de la gobernanza. Los Indicadores de Gobernanza Mundial del Banco Mundial (IGM) son indicadores compuestos que toman información de una gran variedad de fuentes para crear calificaciones de seis distintos elementos de la gobernanza. En su mayoría, estas fuentes de información emplean encuestas, así como medidas cualitativas como lo son entrevistas y revisión de documentos para desarrollar sus calificaciones. En la Tabla 3.1, los percentiles muestran los porcentajes de países del mundo que obtuvieron calificaciones por debajo de las de Guatemala y cada uno de sus vecinos centroamericanos en los indicadores seleccionados. Estos indicadores pueden ser instructivos al observar la gobernanza en salud ya que brindan una vista general de las fortalezas de las estructuras de gobernanza en Guatemala.

TABLA 3.1. INDICADORES DE GOBERNANZA MUNDIALES DEL BANCO MUNDIAL: GUATEMALA VRS. CENTROAMÉRICA

	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua
Voz y Responsabilidad					
2003	78,37	51,92	32,69	41,35	49,52
2008	75,96	50,48	41,83	35,58	34,62
2013	82,46	46,45	35,55	31,75	32,70
Estabilidad Política					
2003	64,42	37,02	23,56	31,73	33,17
2008	57,42	46,41	21,05	27,75	36,84
2013	66,82	45,02	23,70	30,33	37,91
Efectividad Gubernamental					
2003	64,39	42,93	38,54	32,68	25,37
2008	64,08	49,03	35,44	31,55	16,99
2013	67,94	49,28	27,27	25,36	22,97
Calidad Regulatoria					
2003	67,65	50,00	42,16	34,80	40,20
2008	64,08	57,28	50,97	45,63	38,35
2013	68,90	60,29	45,45	45,93	43,06

	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua
Estado de Derecho					
2003	69,38	38,76	14,35	22,49	32,06
2008	62,50	27,40	11,06	18,75	22,12
2013	65,88	29,86	13,27	10,43	31,28
Control de la Corrupción					
2003	75,61	44,39	30,73	20,00	42,44
2008	69,90	48,06	32,04	20,39	23,30
2013	71,77	48,33	33,97	17,22	24,40

Fuente: BM, 2014

Los IGM de Guatemala muestran un desempeño generalmente débil en la mayoría de los indicadores de gobernanza, con una ausencia de mejoras significativas en los últimos 10 años, y un desempeño especialmente débil en Estabilidad Política y Estado de Derecho. Estas calificaciones indican la constante dificultad que Guatemala ha tenido para implementar los planes que emanan de los Acuerdos de Paz de 1996, que pusieron fin a una guerra civil de 36 años. Aunque se han logrado grandes avances en la creación de un ambiente social y político más inclusivo, falta mucho por hacer, especialmente en salud. Como se podrá ver en el resto de este capítulo, la estructura de la gobernanza y el desempeño en el sector salud son un espejo de muchos de los problemas que subyacen a las estadísticas de los IGM, aunque bien es cierto que en muchas maneras se ha avanzado más hacia lograr una mayor cobertura con mayor aportación ciudadana en el sector salud que en otros sectores de la sociedad.

3.2 Política, Legislación, y Marco Regulatorio

Como se discutió anteriormente, el sector salud de Guatemala incluye tres componentes principales: el MSPAS, que juega doble papel como rector del sistema de salud del país, y como proveedor de servicios de salud con financiamiento público, incluyendo la red más grande de proveedores de servicios de salud a nivel local, regional y nacional; el IGSS, que presta servicios de salud a sus afiliados y se financia a través de aportaciones obrero-patronales, y; el sector privado de la salud, que presta servicios a cambio de honorarios a todos los segmentos de la sociedad guatemalteca, incluyendo a muchos que tienen menos posibilidades de pagar pero carecen de acceso a los servicios públicos de la salud. Además del MSPAS y el IGSS, se prestan también servicios de salud con financiamiento público a las fuerzas armadas (Sanidad Militar) a través de un sistema de salud independiente que administra el Ministerio de Defensa. Un cuarto sub-componente, muchas veces pasado por alto, incluye a las organizaciones sin fines de lucro tanto nacionales como internacionales, que hasta recientemente prestaban servicios de salud básicos por contrato con el MSPAS a grupos de población (generalmente indígenas) que el MSPAS no lograba alcanzar directamente, así como organizaciones que reciben financiamiento de donantes internacionales para el sector público y privado para prestar servicios a poblaciones insuficientemente atendidas y que con frecuencia no tienen una relación directa con el gobierno. Por último, la medicina tradicional y diversos servicios de salud comunitarios (como los que ofrecen las parteras tradicionales o comadronas) complementan los elementos más formales del sistema de salud de Guatemala.

Aunque generalmente no se les considera formalmente parte del sistema de salud, los gobiernos municipales juegan un importante papel en materia de salud ambiental, con especial atención al agua y saneamiento, representando una intervención clave en salud pública. Según el Código Municipal, los municipios deben abastecer de agua clorada a sus comunidades, siendo este un requerimiento que actualmente pocos municipios satisfacen. Según los Acuerdos de Paz de 1996 y la Ley para la Descentralización de 2002, los gobiernos municipales tienen garantizado un Aporte Constitucional del 10 por ciento de los ingresos ordinarios de los gobiernos más el 1,5 por ciento del impuesto al valor

agregado, que es del 12 por ciento. Los municipios tienen como requisito gastar un mínimo del 90 por ciento del Aporte Constitucional en los campos de la educación, promoción de la salud, infraestructura, y servicios públicos que mejoren la calidad de la vida de la población. Mientras el MSPAS supervisa que se dé cumplimiento a las leyes en materia de agua y saneamiento y promueve mejoras a la infraestructura de ambas, es primordialmente responsabilidad de los municipios encargarse tanto de la construcción como del financiamiento (Gómez Sabaini, Juan 2005; and Lopez Rodas, Gerson 2015). Según partes interesadas entrevistadas por el equipo del HSA durante visitas de campo, los gobiernos municipales juegan otros papeles relacionados con la salud que van desde ofrecer una ambulancia, conductor y combustible para trasladar a los enfermos a los centros de los distritos de salud, pasando por financiar o co-financiar la construcción de los puestos de salud o ampliaciones de los centros de salud, hasta pagar los sueldos del personal necesario para complementar al personal del MSPAS de los puestos de salud.

Según el Código Municipal (Decreto No. 12-2002 modificado por el Decreto 22-2010), el Consejo Municipal es responsable de nombrar comisiones, incluyendo una comisión para Asistencia Social en Salud; estas comisiones pueden elaborar propuestas para mejorar la eficiencia de los servicios públicos municipales y de administración (Artículos 36 y 37). Además, en congruencia con los objetivos de descentralización, y con base en su capacidad administrativa, a un municipio se le pueden delegar facultades para entregar ciertos servicios públicos, incluyendo la observación de los reglamentos de control sanitario que rigen la producción, distribución y consumo de alimentos y bebidas para poder garantizar la salud de la población municipal (Art. 70).

3.2.1 Estrategia del Sector Salud Nacional

La estrategia del sector salud nacional de Guatemala es el producto tanto de una serie de acciones legislativas que datan de la Constitución de 1945 como de planes estratégicos a lo largo de todo el gobierno o del sector público de la salud, generalmente con relación a algún ciclo de gobierno de cuatro años en particular. Dichos planes pueden o no incluir propuestas legislativas, y generalmente establecen prioridades para mejoras en la entrega de los servicios de salud del sector público. Sin embargo, debido a la segmentación del sector salud, dichos planes generalmente han sido aplicados únicamente en el MSPAS y han carecido de mecanismos efectivos para coordinar las actividades independientes del IGSS, de Sanidad Militar, o la entrega de los servicios del sector privado de la salud.

Desde la firma de los Acuerdos de Paz de 1996, la mayoría de las iniciativas gubernamentales de Guatemala en el sector salud, así como en otras áreas de gobierno, se han concentrado en mejorar la inclusión y transparencia del gobierno y en brindar a las poblaciones indígenas del país (principalmente las Mayas) un mejor acceso a los servicios sociales, oportunidades económicas y participación en el proceso democrático. Significativas iniciativas adicionales no relacionadas con la salud en esta área incluyen la Ley General de Descentralización del 2002 así como diversas reformas dirigidas a incrementar la transparencia de las operaciones gubernamentales aprobada en el año 2013.

Aunque vastas iniciativas estratégicas (incluyendo la meta de la cobertura universal en salud), caracterizan frecuentemente a los planes estratégicos de la salud nacional, las realidades de los horizontes de planeación en tramos de cuatro años determinadas por factores políticos, los frecuentes cambios de liderazgo y de funcionarios de alto nivel del MSPAS (el actual Ministro de Salud – el tercero de la presente administración – y su equipo administrativo han ocupado sus cargos tan solo desde septiembre, 2014), además de presupuestos públicos y erogaciones para la salud seriamente limitados han limitado la efectividad de la mayoría de los planes estratégicos del sector salud para servir de guía hacia una planeación anual e implementación. Como ejemplo de ello, el Plan Estratégico del MSPAS para el período 2014-2019 reporta la presencia de 4.506 establecimientos de salud, incluyendo 2.220 Centros de Convergencia operados por contrato con el MSPAS por una serie de ONG (MSPAS, 2014). No hace

referencia alguna de eliminar a las ONG o de alguna otra forma modificar significativamente la organización del primer nivel de atención. A pesar de ello, como se ha señalado anteriormente, en el año 2014 el PEC quedó virtualmente abolido habiéndose cancelado los contratos con la mayoría de las ONG, dejando así a extensos segmentos de la población rural sin acceso alguno a atención de salud del sector público— situación que apenas a mediados del año 2015 se está comenzando a atender. (La eliminación del PEC y las secuelas de dicha eliminación se discuten en más detalle más adelante).

3.2.2 Legislación Principal

Constitución Política de Guatemala de 1945

Aunque el MSPAS de Guatemala fue creado con anterioridad a la Constitución de 1945, la única referencia que se hace del sector salud en la Constitución se encuentra en el Capítulo II: Garantías sociales, Sección I: Trabajo, cuyo Artículo 63 “*establece el seguro social obligatorio*”), establece legislación para regular su alcance y Operaciones, determina que debe incluir como mínimo cobertura por incapacidad, vejez, fallecimiento, enfermedad y accidentes de trabajo, y manifiesta que las primas de seguros deberán ser cubiertas por patronos y empleados y el Estado (*Constitución Política 1945*).

Decreto Legislativo 295 de 1946: Creación del Instituto Guatemalteco del Seguro Social (Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguro Social)

En cumplimiento al Artículo 63 de la Constitución de 1945, según el Decreto Legislativo 295 de 1946 se creó el IGSS como institución autónoma con personalidad legal propia como lo definen sus estructuras de gobernanza y administración. Aunque diversas leyes y acuerdos ejecutivos han introducido modificaciones menores, el Decreto Legislativo 295 de 1946 continúa siendo el fundamento legal para la estructura, organización y las operaciones del IGSS.

Diversos artículos de la legislación original indican que al momento de su aprobación se pretendía que el IGSS fuera el único proveedor de servicios sociales en Guatemala. El Artículo 62 de dicho decreto establece que “el Instituto y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deben coordinar constantemente sus labores, con el objeto de evitar una duplicación de esfuerzos, cargas económicas y servicios.” Incluyendo un “planeamiento común de la mejor manera de unificar gradualmente las diversas clases de beneficios del Instituto con todos los demás servicios asistenciales y sanitarios del Estado, en un solo régimen de seguridad social, de acuerdo con los principios de la presente ley”.

Constitución de 1985

La Constitución Política de Guatemala de 1985, con sus reformas de 1993, establecía que “El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna”, y estipula además que “El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurar el más completo bienestar físico, mental y social”) (Sección VII, Artículos 93 y 94, Constitución de 1985).

Como consecuencia de los acuerdos de Paz de 1996, reformas ambiciosas fueron introducidas al sector salud de Guatemala, involucrando cambios significativos en a las leyes existentes gobernando la organización, operación y prestación de servicios por parte de instituciones públicas—especialmente MSPAS. Las reformas más importantes fueron incluidas en el nuevo Código de Salud establecido por el Congreso de Guatemala en 1997.

El Código de Salud

El Código de Salud, aprobado en el año 1997, establece el marco general institucional y regulatorio para el sector salud de Guatemala y nombra al MSPAS responsable de su administración y rectoría. El Código de Salud establece, como principio fundamental, que “todos los habitantes de la República tienen el derecho a la prevención, promoción y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.”

Con sus modificaciones del año 2003, el Código de salud también establece que “...el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y demás instituciones públicas, velará porque se garantice la prestación del servicio de salud a toda persona guatemalteca, en forma gratuita.”

El Código Civil modificado establece también que “el Estado garantizará el derecho de participación de las comunidades, en los programas y servicios de salud., en lo que respecta a la planificación, organización, control y fiscalización social.”

El Código de Salud determina los papeles y responsabilidades a cargo de las distintas instituciones del sector salud incluyendo al MSPAS, el IGSS, las municipalidades, universidades, entidades sociales, organizaciones no lucrativas, organizaciones comunitarias, agencias de cooperación internacionales, y colegios de profesionales.

El Artículo 10 del Código de Salud establece que el Ministerio de Salud deberá realizar las siguientes acciones:

- a. "Coordinación Ministerio de Salud-Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. El Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social coordinarán sus planes, programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la utilización de sus recursos humanos, físicos y de equipo con el fin de lograr la ampliación de cobertura de los servicios de salud, ser eficientes, eficaces y evitar la duplicidad de servicios, infraestructura y gastos.
- b. Coordinación intra e intersectorial. El Ministerio de Salud, para cumplir con la función de coordinación dentro del sector y con los otros sectores, suscribirá acuerdos y convenios, tanto a nivel nacional como local, así como con organismos internacionales."
(Decreto 90-97)

Otras legislaciones y reglamentos del sector salud

Aunque el Código de Salud establece el extenso marco institucional y regulatorio para el sector salud de Guatemala, gran número de leyes adicionales (Decretos legislativos) atienden áreas específicas de la intervención para la salud. Estas incluyen, aunque no se limitan, a las siguientes:

- ▶ Desarrollo Social (Ley de Desarrollo Social, Decreto 42-2001)
- ▶ Planificación familiar (Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, Decreto 87-2005)
- ▶ Salud materna (Ley para la Maternidad Saludable, Decreto 32-2010)
- ▶ VIH/SIDA (Ley para el Combate del VIH/Sida, Decreto 27-2000)
- ▶ Nutrición y Seguridad Alimentaria (Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Decreto 32-2005)

3.2.3 Planeación del Sector Salud

En Guatemala se han diseñado planes para el sector salud cuando menos en la actual y las últimas cuatro administraciones, pero se han enfocado principalmente a programas a ser implementados por el MSPAS sin atender a los papeles del IGSS o del sector privado. Además de los planes a cuatro años producidos al iniciarse cada administración, otros documentos de planeación gubernamentales, incluyendo los de la Secretaría de Planificación y Programación (SEGEPLAN) y el Ministerio de Finanzas Públicas, incluyen planes pormenorizados y asignaciones presupuestarias para el sector salud.

Dentro del MSPAS se lleva a cabo un proceso de planeación que da lugar al Plan Operativo Anual (POA). Se trata de un proceso de abajo hacia arriba en que los centros de salud de distrito informan a sus respectivos directores de área lo que creen que requerirán en términos de personal y de material, y posteriormente se elaboran propuestas de presupuesto de área para enviarlas a la Unidad de Planeación Estratégica del MSPAS. Ahí se les consolida con otros presupuestos de la oficina central para elaborar un POA consolidado o propuesta de presupuesto, que a su vez es enviado a SEGEPLAN y al Ministerio de Finanzas. Después de su revisión y consolidación con otras solicitudes presupuestarias del sector público, el Ministerio de Finanzas le envía al MSPAS un POA aprobado que, según entrevistas con una amplia gama de partes interesadas de la Unidad de Planeación Estratégica y una revisión de los presupuestos de Guatemala, generalmente es significativamente menor al POA solicitado. Luego, el POA es reasignado de vuelta a las áreas y programas, resultando a menudo en presupuestos de área y distritales que no varían de manera importante de un año al otro. La brecha de financiamiento más reciente entre el presupuesto solicitado y el devengado (en 2014) fue del 15 por ciento del POA solicitado (MSPAS, 2015a).

Mientras el proceso de planeación anual aparenta tener un enfoque de abajo hacia arriba, serias limitantes de financiamiento, y la práctica de re-asignar el POA aprobado por el Ministerio de Finanzas con base en criterios de la oficina central tienen el efecto de invalidar efectivamente el papel de la participación local en el proceso de planeación anual. Actualmente, el proceso de planeación anual tampoco incluye formalmente las aportaciones de partes interesadas comunitarias, aunque según entrevistas realizadas, directores de distrito individuales podrían estar en contacto a nivel informal con consejos locales o municipales para el desarrollo u otras organizaciones comunitarias para tomar en cuenta sus solicitudes a la hora de determinar sus requerimientos en el POA inicial.

Programa de Extensión de Cobertura

De manera simultánea con el proceso de reforma del sector salud, el gobierno de Guatemala decidió, en 1997, celebrar convenios con una serie de ONG con el objeto de que éstas prestaran atención básica de la salud (principalmente atención materno-infantil e inmunizaciones) a 46 por ciento de la población del país – principalmente comunidades indígenas – que no tenía acceso a servicios de salud. Esta decisión (con base en la que se creó el PEC) se tomó luego de haberse reconocido que la estructura organizacional actual y la base de recursos del MSPAS no tenían la capacidad de ampliar de manera dramática su propia red de servicios para abarcar a 3.5 millones de personas – un estimado de 76,8 por ciento de la población anteriormente desatendida (SIAS 1999); para el año 2012, había alcanzado a 4.3 millones de personas – aproximadamente 54 por ciento de la población rural de Guatemala (Lao Peña, 2013). Los contratos con ONG se basaban en la cuenta total de una población objetivo e inicialmente incluían recursos mínimos para vigilancia o supervisión.

Aunque se introdujeron algunas modificaciones a principios del 2012 con el objeto de ampliar la variedad de servicios ofrecidos a través del PEC y sus Centros de Convergencia, el programa fue cada vez más criticado por distintos grupos de la sociedad civil de Guatemala debido a una falta de rendición de cuentas por parte de las ONG, falta de suficiente supervisión gubernamental, casos de corrupción, así como una percepción de que las poblaciones atendidas por el PEC estaban siendo objeto de

discriminación y no estaban recibiendo el mismo nivel de atención que las comunidades atendidas por los centros de salud de Nivel I del MSPAS (MSPAS, 2015b). También se reportó (aunque no quedó aceptado universalmente) que el costo por beneficiario del PEC habría sido tres veces mayor que los modelos institucionales de entrega (Molina et al. 2015). Para el año 2013, la oposición al PEC, y especialmente a la práctica de contratar externamente la provisión de los servicios de salud a ONG dio lugar al Decreto Legislativo 13-2013, el cual prohíbe al Estado contratar a organizaciones sin fines de lucro, organizaciones o asociaciones internacionales para la contratación externa de la prestación de servicios.

Aunque el Decreto Legislativo 13-2013 establecía un periodo de tres años para desfasar los contratos existentes relativos a la prestación de servicios de salud al amparo del PEC, en el 2014 se decidió suspender el financiamiento a ONG de dicho programa, así como de cancelar la mayoría de los contratos con ONG relativos a servicios relacionados con el PEC. Esta decisión tuvo como consecuencia la suspensión de todos los servicios públicos de atención a la salud que se prestaban a través del PEC a la mayoría de la población rural de Guatemala. Mientras la decisión de suspender los contratos del PEC con las ONG fue tal vez precipitada, para el año 2011, las erogaciones de fondos para el PEC se habían reducido, en cualquier caso, en términos reales en comparación al 2005 (Lao Peña, 2013), lo cual tuvo como consecuencia una suspensión efectiva de la mayoría de servicios, y especialmente la distribución de medicamentos (Decreto 13-2013).

Estrategia de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional del Primer Nivel de Atención

El desarrollo de una estrategia para mejorar tanto la calidad como el alcance de la APS ha implicado un proceso que incluye no solamente el establecimiento y la expansión del PEC, si no también muchos otros modelos o programas piloto incluyendo una APS mejorada y la integración de redes de atención a la salud. Un objetivo principal en el desarrollo e implementación de una estrategia de APS mejorada ha sido avanzar más allá del muy limitado alcance e intensidad de los servicios de atención a la salud al amparo del PEC, para incluir un acceso constante a instalaciones de atención a la salud del MSPAS (en lugar del acceso una vez al mes ofrecido por el PEC), atención en todas las etapas del ciclo de vida, y la integración con instalaciones de atención a la salud de nivel 2 y nivel 3. Luego de darse por terminado el programa PEC dirigido por ONG en el año 2014, y reconociendo a la consecuente falta de cobertura para la mayor parte de la población rural de Guatemala, bajo el liderazgo de su recién nombrado Ministro, el MSPAS aceleró el desarrollo e implementación inicial de una estrategia para mejorar y extender la APS en aquellas regiones anteriormente cubiertas por el PEC.

Según algunas presentaciones del MSPAS compartidas con el equipo del HAS, la nueva estrategia para la APS establece la identificación de “territorios” de salud conformados, cada uno, por aproximadamente 5,000 habitantes dentro de cada distrito de salud, así como el establecimiento de uno o más puestos de salud formales del MSPAS en cada territorio (utilizando, en algunos casos, los Centros de Convergencia establecidos al amparo del PEC), cada uno tanto con enfermera auxiliar residente de tiempo completo como con una segunda enfermera auxiliar que estarían viajando por el territorio para trabajar con los facilitadores de salud comunitarios locales, parteras tradicionales y comités de salud para brindar atención a nivel comunitario y promover la salud preventiva (MSPAS, 2015b). Debido a la incipiente etapa de desarrollo en que se encontraba la nueva estrategia para una APS del MSPAS al momento de elaborar este HSA durante la temporada de primavera del año 2015, no le fue posible al equipo revisar y evaluar su factibilidad.

Es claro que el éxito en la implementación de cualquier nueva estrategia en Guatemala dependerá mucho de la disponibilidad de recursos humanos y financieros para atender los nuevos puestos de salud y asegurar la disponibilidad de medicamentos, vacunas y otros suministros que les permitan prestar los niveles de servicio esperados. Como se comenta más adelante en las secciones sobre Finanzas de la Salud, Recursos Humanos y Prestación de servicios de este reporte, la disponibilidad de esos recursos es una cuestión muy incierta en Guatemala.

3.2.4 Regulación del Sector Privado

Las reformas realizadas posterior a los Acuerdos de Paz en el sector salud, y específicamente el Código de Salud de 1997 y la reorganización interna del MSPAS de 1998, crearon la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud (DGRVCS), con distintos departamentos encargados de la entrega de los servicios a personas, programas de salud pública y ambientales, acreditación y control de establecimientos de salud, regulación alimentaria, regulación y control de farmacéuticas, y un laboratorio nacional de salud.

Debido a que las limitaciones de personal limitan el grado en que los diversos departamentos del DGRVCS pueden ejercer sus mandatos (11 inspectores monitorean a más de 10,000 farmacias; 5 inspectores de seguridad alimentaria abarcan a todos los fabricantes de alimentos procesados y minoristas de alimentos a gran escala), mucho del trabajo de la DGRVCS consiste en atender denuncias del público verificadas a través de análisis de laboratorio realizados en el propio laboratorio de dicha dependencia. El Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud (DRACES) es el encargado de garantizar que los casi 10,000 hospitales, centros de salud, clínicas (incluyendo clínicas dentales), laboratorios, y otras instalaciones relacionadas con la salud de Guatemala (incluyendo las que son administradas por el MSPAS y el IGSS) cumplan con los registros aplicables y las regulaciones y requisitos sanitarios, incluyendo reportar las muertes maternas y las enfermedades transmisibles. Los registros e inspecciones que realiza el DRACES se refieren generalmente a la regulación relativa a las instalaciones físicas y los procesos sanitarios; el registro profesional de personal médico lo realizan los colegios de profesionales a los que debe pertenecer todo profesional. El DRACES emplea a nueve supervisores para realizar sus visitas de campo, que tienden a ser más frecuentes en Ciudad Guatemala, con inspecciones mensuales en los departamentos (DGRVCS, 2015). No existe evidencia que indique que el registro de nuevas instalaciones o establecimientos esté restringido de alguna manera, siempre y cuando se cumpla con los requerimientos y estándares aplicables. No hay evidencia alguna de que a nivel de todo el sector se estén planeando más o menos establecimientos e instalaciones privados para la salud, aunque se reconoce que existen menos incentivos para que los doctores habiliten consultorios en zonas rurales (DRACES 2015).

3.3 Voz Ciudadana, Grado de Respuesta, y Transparencia

3.3.1 Ambiente entre la Sociedad Civil

Luego de 36 años de Guerra civil en Guatemala, "los Acuerdos de Paz atendieron las causas político-económicas y socioculturales subyacentes del conflicto, y particularmente el legado de la explotación y la opresión de los Mayas... Específicamente, los acuerdos llaman a una serie de reformas socio-económicas y políticas para facilitar la descentralización y la participación de los Mayas en la priorización, formulación e implementación de programas a todos niveles (Jonas, 2000). La naturaleza sensible de estas reformas limitó su implementación, y un referendo en 1999 para adoptar constitucionalmente los acuerdos fue rechazado por votación popular. Aun así, y aunque el gobierno ha logrado pocos avances en la implementación de muchas de las reformas delineadas en los acuerdos, la atención de la salud ha emergido como prioridad para la reforma de la nación (Maupin, 2009).

El Código de Salud y las leyes para la descentralización y transparencia son ejemplos de las acciones legislativas adoptadas al cobijo del espíritu de los Acuerdos de Paz. A pesar de la letra y la intención de los Acuerdos de Paz, dos aspectos del ambiente social y político de Guatemala continúan afectando directamente la gobernanza y en general la efectividad de su sector público de la salud:

- ▶ Como democracia relativamente joven en un país con altos índices de analfabetismo y pobreza extrema, la estructura política de Guatemala se caracteriza por gran cantidad de partidos políticos, a menudo basados más en el gusto populista que en ideologías coherentes y congruentes. Debido a los límites constitucionales que establecen plazos máximos de cuatro años, y a la práctica de sustituir a la mayoría de empleados de gobierno de niveles medio a alto con miembros del partido político entrante al principio de su cuatrienio, existe poca estabilidad organizacional en todo el gobierno, lo que hace difícil implementar planes estratégicos de largo plazo. Lamentablemente, la misma estructura política y horizonte de cuatro años han llevado también a casos de alto perfil de comportamiento ilícito, lo que ha erosionado aún más la credibilidad del sector gubernamental.
- ▶ La carga fiscal de Guatemala y la consecuente disponibilidad de fondos para gasto en el sector social se encuentran entre los más bajos de América Latina. (Indicadores del Banco Mundial,) El ingreso fiscal promedio de tres años de Guatemala (2010-2012) en forma de porcentaje del PIB (10.7 por ciento) es el más bajo de todos los 24 países de LAC de los que se tienen datos. Las cifras correspondientes de los países de ingresos bajos y medios, países de la OCDE y el mundo son 13.03 por ciento, 14.15 por ciento, y 13.84 por ciento, respectivamente (Banco Mundial, 2015). Además, como se discute en mayor detalle en la sección sobre Finanzas para la Salud de este reporte, Guatemala asigna tan solo 17 por ciento de su gasto gubernamental general a Gastos Generales Gubernamentales en Salud - menos de la porción de gasto en salud del gasto en salud en Costa Rica (27 por ciento), Nicaragua (21 por ciento), y El Salvador (13 por ciento), pero más que Belice, Honduras y Panamá (OMS, 2015).

3.3.2 Estructuras Estatales para la Voz Ciudadana

Los Acuerdos de Paz de 1996 y las diversas acciones legislativas ocurridas desde entonces establecen un número de mecanismos formales a través de los cuales se pretende que se escuchen las voces ciudadanas y sean incorporadas al proceso de gobernanza. En las siguientes secciones se describen los mecanismos mediante los cuales se pretende que se escuchen las voces ciudadanas en el proceso de gobernanza de la salud, y se analiza su efectividad.

Consejo Nacional de Salud (CNS)

El CNS fue creado formalmente dentro del Código de Salud de 1997 como órgano asesor asignado al MSPAS con las siguientes funciones:

- ▶ Promover mecanismos de coordinación entre las instituciones que conforman el Sector, a fin de asegurar la eficiencia y eficacia con sentido de equidad de las acciones de salud que las mismas desarrollan.
- ▶ Brindar asesoría al Ministerio de Salud en la formulación y evaluación de políticas y estrategias y en el desarrollo de planes nacionales de salud de carácter sectorial e institucional.
- ▶ Otras funciones que le asigne el Ministerio de Salud.

El Acuerdo Gubernativo No. 68-2001 establecía mayor regulación con respecto a la estructura, organización, atributos y funciones del CNS. El CNS es presidido por el Ministerio de Salud, e incluye representantes del IGSS, la Asociación Nacional de Municipalidades (ANAM), asociaciones de instituciones de desarrollo que ofrecen servicios de atención a la salud, el Comité Coordinador de Asociaciones Comerciales, Industriales y Financieras (CACIF), la Asamblea de Presidentes de Colegios Profesionales, la Universidad de San Carlos y universidades privadas, más otras instituciones que el MSPAS pudiera invitar a participar provisionalmente (Acuerdo Gubernativo No. 68-2001).

A pesar de su inclusión en el Código de Salud de 1997 y el Acuerdo Gubernativo del 2001, el CNS fue establecido formalmente apenas en el año 2011 después de un diálogo nacional acerca de la universalización de la atención a la salud que, entre muchas otras recomendaciones, llamaba a expandir la membresía del CNS e incluir representantes de comunidades indígenas y una serie de otros grupos en minoría. El CNS se reunió cuando menos tres ocasiones a finales del 2011 y principios del 2012 antes de la inauguración del actual gobierno (CNS, 2012). En enero, 2014, luego de dos años en que el CNS no sostuvo reuniones, quedó re-inaugurado con su membresía original tal y como lo definía el Acuerdo Gubernativo 68-2001, y desde entonces se reúne una vez al mes.

Mientras el CNS brinda un foro para el diálogo, principalmente entre representantes del sector público de la salud, asociaciones de profesionales y académicos, y el sector privado organizado, a pesar del intento de reformar su membresía en el 2011 carece de representantes de las comunidades indígenas u otros segmentos de la población de Guatemala que cuentan con una atención deficiente. Igualmente importante es que carece del poder regulatorio para emitir acuerdos o resoluciones con autoridad sobre cualquier segmento del sistema público de la salud, incluyendo el MSPAS y el IGSS, convirtiéndolo, básicamente, en un foro de discusión sin facultad alguna para exigir. A pesar de ello, su existencia efectivamente brinda una oportunidad para intercambiar información acerca de prioridades y programas institucionales, información que puede ser considerada individualmente por los actores institucionales a la hora de desarrollar e implementar sus propios programas relacionados con la salud.

Sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural (SCDUR)

Un sistema único y laureado a nivel internacional (Ramos Muñoz and Sosa Velásquez, 2010) para promover la participación democrática en el proceso del desarrollo nacional fue establecido originalmente en la Constitución de 1985 de Guatemala y el Decreto Número 52-87 correspondiente a la Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Una jerarquía de consejos de desarrollo comenzando en el nivel comunitario y subiendo por los niveles municipal, departamental, regional y nacional debía ser creada para permitir una amplia participación ciudadana en la formulación de política pública. Debido a la continuada turbulencia social, no fue sino hasta después de la firma de los Acuerdos de Paz que el SCDUR comenzó a aparecer en la agenda nacional, y la implementación activa comenzó apenas después de la descentralización y las leyes de participación ciudadana del 2002. Desde el año 2002, el SCDUR ha dado lugar a una mayor participación civil en el diseño de políticas públicas, especialmente a nivel

comunitario y municipal. Sin embargo, una plena implementación se ha visto limitada por una serie de factores que incluyen la falta de recursos financieros y humanos, falta de coordinación entre los distintos niveles, y falta de voluntad política o entendimiento del sistema por parte de los líderes políticos a nivel local y nacional (Ramos Muñoz and Sosa Velásquez, 2010).

Observaciones de campo realizadas como parte del presente análisis encontraron que el sistema del SCDUR funciona en todos los niveles, pero podría reflejar con mayor precisión la aportación comunitaria a nivel básico o comunitario a través de Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODE). Según reportes, en muchos distritos de COCODE (en teoría, subcomités de los COCODE), hubo interacción con el sistema PEC, trabajadores comunitarios de la salud (voluntarios locales para la salud o facilitadores comunitarios de la salud de medio tiempo), y parteras tradicionales o comadronas para identificar necesidades prioritarias en salud y coordinar las actividades de los Centros de Convergencia – que en muchos casos fueron construidos por, y legalmente le pertenecen a los COCODE. Con la cancelación del PEC, cualquier relación orgánica con el sistema formal de salud se perdió temporalmente, aunque es la intención de la recién inaugurada estrategia mejorar la APS para interactuar más de cerca con los COCODE así como con otros actores comunitarios como son los trabajadores comunitarios de la salud, sanadores Mayas, y Comités Comunitarios de la Salud (MSPAS, 2015b).

Consejos Municipales de Desarrollo (COMUDE) y Consejos Departamentales de Desarrollo (CODEDE), respectivamente, participan activamente también en los distritos y departamentos visitados, aunque parece existir una muy grande diferencia en el grado en que los COMUDE (y los alcaldes locales que los presiden) se involucran en temas relacionados con la salud. A nivel departamentos, algunos participantes entrevistados reportaron que debido a la gran cantidad de organizaciones que participan en los CODEDE, sus reuniones pueden ser difíciles de gestionar y generalmente se hacen improductivas, atendiendo muchos temas que no se encuentran relacionados con la salud.

3.3.3 Organizaciones de Apoyo

Durante y después de la culminación de 36 años de guerra civil en Guatemala, una serie de organizaciones de apoyo que representaban directamente a grupos indígenas o que actuaban en su nombre y representación se involucraron tanto en el diseño de los acuerdos de paz como en la vigilancia de su implementación. En muchos casos, estas organizaciones han recibido apoyo financiero de parte de organismos internacionales y agencias de cooperación internacional de desarrollo como lo son el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Centro Canadiense de Investigación para el Desarrollo Internacional (IDRC), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Entre las organizaciones de apoyo más prominentes en el sector salud son las siguientes:

Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud (CEGSS)

El CEGSS es una ONG guatemalteca que recibe financiamiento significativo de Open Society Foundations, IDRC, y el Instituto de Medicina Tropical Antwerp y la Universidad Simon Fraser (Canadá); el CEGSS patrocina actividades de investigación en el área de vigilancia ciudadana de política pública y servicios de salud. Las publicaciones del CEGSS tienden a apoyar un papel más sólido para las organizaciones comunitarias, principalmente aquellas que representan a comunidades indígenas, en la planeación y vigilancia del sector salud (CEGSS, 2015).

Consejo de Comunidades de Guatemala por la Salud (CCGS)

El CCGS, que recibe su financiamiento a través del CEGSS, concentra sus actividades en el trabajo a nivel comunitario para organizar y/o fortalecer a los Comités Comunitarios de la salud que formen o no formen parte de los COCODE, y proporcionar a los comités capacitación para mejorar su vigilancia de las actividades en materia de salud a nivel comunitario. El CCGS también actúa por su cuenta presentando demandas y publicitando las deficiencias existentes en el sistema de salud, citando como ejemplo la asignación de 113 empleados pagados del MSPAS, la mayoría con el puesto de Educadores de la Salud, a San Pablo, un municipio de apenas 8.000 habitantes (Gómez, 2015).

Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR)

Creado en el año 2008, el OSAR se compone de un observatorio central y una red de 22 observatorios departamentales. El OSAR mantiene monitoreo y una sólida alianza con el Congreso para vigilar que se dé cumplimiento al marco legal en salud y diversos procesos involucrados en el diseño e implementación de políticas. Es una referencia para temas de salud en la comunidad de medios.

Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva (ALIANMISAR)

ALIANMISAR es una alianza de más de 100 organizaciones de mujeres indígenas de todo el país con un enfoque principal en salud reproductiva. Apoyada por USAID a través de su Proyecto de Políticas de Salud y Educación (HEPP por sus siglas en inglés), la alianza apoya los derechos de sensibilidad cultural en materia sexual y reproductiva a través de diversas actividades que pretenden principalmente contribuir a reducir las muertes maternas entre las mujeres indígenas de Guatemala (ALIANMISAR, 2015).

Red de Hombres por la Salud, Educación y Nutrición

Operando actualmente en cinco departamentos de Guatemala, la red apoya la salud y nutrición, así como el papel/la participación del hombre en la atención y los servicios de la salud para sus familias.

3.4 Conclusiones y Recomendaciones

3.4.1 Conclusiones

Cobertura universal de salud y cumplimiento con mandatos legislativos de ofrecer servicios de salud gratuitos a todos es una meta de largo plazo insatisfecha

La atención universal de la salud para todos los guatemaltecos, como lo requiere la Constitución de 1985, continúa siendo una meta de largo plazo del sector público de la salud que no cuenta ni con los recursos financieros ni con los humanos para lograr esa meta en el futuro cercano. Mientras se pretendía que el PEC alcanzara a las poblaciones desatendidas con una cobertura de nivel mínimo básico, su fracaso y eventual cancelación sirvieron para resaltar la magnitud de la necesidad insatisfecha. La nueva estrategia del MSPAS para ampliar la APS en las áreas antes atendidas por el PEC requerirá de recursos que probablemente excedan su capacidad dada la recurrente escasez de financiamiento para las operaciones del MSPAS del pasado reciente.

Falta de planeación para una transición de un Programa de Extensión de Cobertura (PEC) dirigido por una ONG a una expansión de cobertura institucional.

El caos que resultó de la cancelación del PEC en el 2014 sin la existencia de planes aprobados y financiados para sustituirlo con una alternativa puede haberse debido a una combinación de escasez de financiamiento y una falta de planeación sistemática de largo plazo dentro del MSPAS. Mientras la recientemente revelada estrategia para mejorar la APS abre la posibilidad de una solución a la crisis post-PEC, el hecho de que aproximadamente 4 millones de personas, principalmente de comunidades indígenas, quedaron sin acceso a ningún tipo de atención de la salud con financiamiento público, creó la impresión generalizada de que el sistema de salud de Guatemala se encontraba en crisis. Si el MSPAS hubiera presentado una estrategia clara para sustituir el sistema del PEC con una extensión de cobertura a través de sus propios puestos de salud antes de eliminar el PEC, su credibilidad hubiera sido muy diferente y la “crisis de salud” podría haberse evitado. Así las cosas, el MSPAS está sujeto a devastadoras críticas que amenazan el éxito de su actual estrategia al tiempo que una nueva administración presidencial y en el MSPAS toman posesión en enero del 2016.

Oportunidad de incrementar la integración de organizaciones comunitarias y trabajadores de la salud con la atención a la salud del sector público

Organizaciones comunitarias tradicionales entre los pueblos indígenas, así como las diversas organizaciones comunitarias como los comités de salud, COCODE, y redes de facilitadores de la salud comunitarios y parteras tradicionales constituyen importantes elementos del sistema de salud del país que no han sido integrados con éxito al sistema nacional de salud. Mientras cierto grado de interacción entre organizaciones comunitarias, trabajadores comunitarios de la salud y el sistema PEC caracterizó a ese programa, haberlo eliminado sin una estrategia clara para sustituirlo ha roto la relación entre los sistemas de salud comunitarios y la estructura del MSPAS. La estrategia recientemente anunciada para mejorar la APS hace referencia específica a las organizaciones comunitarias y los trabajadores o facilitadores de la salud, y pretende involucrarlos en sus esfuerzos por alcanzar a las comunidades y en sus actividades de prevención en materia de salud.

Papel de las organizaciones de la sociedad civil en la vigilancia y diseño de política pública en materia de atención de la salud

Gran número de organizaciones de la sociedad civil (OSC) y federaciones juegan papeles importantes en actividades de vigilancia y apoyo en Guatemala, especialmente en lo que respecta a salud materno infantil y planificación familiar. Estas OSC han sido instrumentales en el desarrollo de innovadores enfoques en el tema de financiamiento de la salud, como lo ilustra el impuesto sobre bebidas alcohólicas. Aunque la presencia del SCDUR brinda una plataforma autorizada por el gobierno para que la sociedad civil pueda aportar al diseño de políticas y su vigilancia, las ONG, especialmente las que incluyen filiales comunitarias, ofrecen un vehículo alternativo importante, menos susceptible de sufrir influencias políticas, para apoyar la APS.

La fragmentación del sector público de la salud de Guatemala y la consecuente falta de coordinación en los servicios da lugar a un uso ineficiente de recursos y se opone como obstáculo a la meta de una cobertura universal de la salud

Como lo anota el Diagnóstico Nacional de Salud publicado por el MSPAS al inicio de la actual administración presidencial a principios del 2012, *“el sistema de salud de Guatemala está segmentado en varios sub-sistemas, los cuales brindan atención a diferentes usuarios. A pesar del funcionamiento de los sub-sistemas, no existe la cobertura total. Asimismo, los sub-sistemas en su interior están fragmentados, con vacíos reales de integración y coordinación, lo cual posibilita la dualidad de funciones, mayor consumo de recursos, bajo rendimiento y grados altos de ineficiencia e ineficacia. Aunado a esto se observa también una débil función rectora del MSPAS.”*

Aunque está claro que la intención original de los autores tanto de la Constitución de 1945 como del Decreto Legislativo de 1946 (mediante el cual se creó el IGSS) era la de unificar gradualmente las diversas clases de beneficios del Instituto con todas los demás servicios asistenciales y sanitarios del Estado, en un solo régimen de seguridad social, la meta de unificar los servicios del MSPAS y el IGSS se encuentra probablemente más lejos que nunca de hacerse una realidad. La razón principal de que la estructura del IGSS sea inadecuada para ser el único proveedor de atención a la salud a nivel nacional estriba en que se basa en aportaciones obrero-patronales, y del Estado, mientras la vasta mayoría de la población rural de Guatemala se compone de pequeños agricultores o agricultores para su subsistencia que no son ni patronos ni obreros, y generalmente no ganan un salario del que se puedan deducir aportaciones a la seguridad social.

Además, aunque el Código de Salud de Guatemala establece que el MSPAS deberá “formular, organizar y dirigir la ejecución de políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de los servicios de salud a la población en general”, y que el MSPAS es el encargado de administrar o regir el sector salud, la autonomía institucional y presupuestaria del IGSS lo aísla efectivamente de cualquier cosa que no sea la coordinación o compartición voluntaria de recursos con el MSPAS.

Serios vacíos presupuestarios y de financiamiento reducen la efectividad del proceso de planeación anual y dan como resultado un estado constante de manejo de crisis

El origen de la constante crisis presupuestaria del MSPAS es el conflicto inherente entre el objetivo constitucional de ofrecer atención adecuada a la salud a todos los guatemaltecos gratuitamente, y la combinación en Guatemala de un bajo nivel de ingresos totales disponibles para financiar los servicios sociales y el relativamente bajo porcentaje de ingresos totales que se asignan al sector salud. En Guatemala, la razón de ingresos fiscales a PIB es la más baja de entre los 24 países de Latino América que reportan estos datos al Banco Mundial, y el porcentaje de ingresos gubernamentales que se asigna al sector salud ocupa un puesto medio con respecto a países centroamericanos (Banco Mundial, 2015; OMS, 2015). A pesar de existir un proceso de abajo hacia arriba basado en necesidades, las realidades de los procesos de aprobación de presupuestos y asignación de fondos en Guatemala, junto con las leyes que protegen los salarios del personal permanente del MSPAS dan como consecuencia una escasez generalizada de materiales (medicamentos, vacunas, etc.), de presupuestos para mejoras de capital, e incluso gasolina para las ambulancias. Las diferencias entre los presupuestos solicitados y los presupuestos aprobados en los Planes Operativos Anuales (POA), más los crecientes recortes a los presupuestos aprobados debido a ingresos gubernamentales menores a los esperados y/o reasignaciones presupuestarias no planeadas, tienen como consecuencia una lucha constante por aliviar las necesidades más urgentes dentro del MSPAS que ocasionan escasez y retrasos en la implementación de otros planes.

La eficiencia organizacional del MSPAS debilitada por un horizonte de planeación a cuatro años, frecuentes cambios organizacionales y de personal, así como una carencia de planeación estratégica efectiva a largo plazo

Al principio de cada administración presidencial cuatrienal se dan cambios en la mayoría de los puestos medios y altos del MSPAS, y muy a menudo durante el periodo de cuatro años también, con el nombramiento de nuevo Ministro de Salud Pública, vice-ministros, y la mayoría de sus equipos de trabajo. Esta alta rotación en los niveles altos y administrativos del ministerio viene a menudo acompañada de nuevas prioridades institucionales y muchas veces el rechazo a las prioridades y la implementación de los planes de la administración anterior, especialmente cuando los cambios acompañan un cambio de partido político en el poder (que ha sido el caso en todas las recientes elecciones presidenciales). Mientras muchos de los recién nombrados miembros del equipo administrativo pueden haber ocupado otros puestos dentro del MSPAS anteriormente, otros de los nombramientos vienen con poca experiencia o conocimiento en el área de la salud pública. El efecto que tienen estos cambios en la administración del ministerio es que se eligen las prioridades estratégicas que

pueden ser implementadas en un plazo máximo de cuatro años, o en lo que resta de la administración cada vez que entra un nuevo equipo administrativo. (En el caso del actual equipo dirigido por el Ministro del MSPAS, Luis Enrique Monterroso, nombrado en septiembre del 2014, el horizonte de planeación es de 15 meses, que terminan con la conclusión de la administración de Pérez Molina, en enero del 2016). Cuando una nueva iniciativa requiere de más tiempo para su implementación, como es el caso de la recién anunciada estrategia para ampliar la APS, el éxito de su implementación se ve amenazado por la posibilidad de la llegada de distintas prioridades y estrategias de alguna administración presidencial entrante.

La falta de estabilidad institucional y horizontes de planeación a corto plazo limitan la eficiencia organizacional del MSPAS reduciendo su capacidad de desarrollar e implementar efectivas estrategias a largo plazo.

3.4.2 Recomendaciones

Corto Plazo

Selección, desarrollo e implementación de estrategia de atención primaria de la salud

Según lo entendió el equipo del HAS, un lanzamiento a nivel nacional de la nueva estrategia propuesta por el MSPAS para la APS denominada Estrategia de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional del Primer Nivel de Atención) requeriría, bajo los actuales escenarios de financiamiento del sector, muchos años para lograr niveles significativos de cobertura de la población. Este enfoque dejará a grandes segmentos de la población rural sin acceso alguno a atención pública de la salud durante un lanzamiento de varios años.

Guatemala debe desarrollar e implementar una estrategia de APS que logre tanto el objetivo a corto plazo de ofrecer un nivel mínimo de atención de la salud, incluyendo inmunizaciones, salud materno-infantil e intervenciones en nutrición para aquellos segmentos de la población que actualmente no cuentan con servicio alguno de salud pública, así como el objetivo a más largo plazo de ofrecer atención universal de salud que incluya acceso permanente a establecimientos de atención a la salud del MSPAS, atención en todas las etapas del ciclo de vida, así como integración con establecimientos de atención a la salud de nivel 2 y 3, en todo el país.

Un intento por lanzar la estrategia propuesta para una APS de servicio completo sin contar con el incremento de financiamiento necesario dejará a grandes segmentos de la población sin servicio público de atención de la salud y expondrá al MSPAS y al gobierno a que continúe la actual falta de confianza del público.

Comunicación de la visión y la estrategia

Una vez conformada una estrategia para mejorar la APS (incluyendo provisiones para los recursos financieros y humanos necesarios), el MSPAS, posiblemente con la ayuda de expertos en comunicación o mercadotecnia social, deberá desarrollar mensajes claros y concisos para transmitir su visión y su estrategia que se centren en los elementos principales de la estrategia, evitando una discusión detallada de los modelos rivales de atención a la salud y de los pormenores de la implementación.

Coordinación e integración de los sistemas y servicios del MSPAS y el IGSS

Un acuerdo presidencial, modificaciones a las leyes que crearon el IGSS, y/o una modificación al acuerdo gubernativo que rige al CNS para otorgar a sus resoluciones carácter de obligatorio podrían ser necesarios para iniciar un proceso en el que el MSPAS, el IGSS, así como otras instituciones, establecimientos, recursos y actividades del sistema público de la salud puedan comenzar a ser coordinadas. Los protocolos para rembolsar al MSPAS los servicios que les presta a beneficiarios del IGSS, compartir instalaciones y recursos, y evitar una innecesaria duplicación de instalaciones y servicios debe ser objetivo inmediato.

Un objetivo a más largo plazo debe ser avanzar hacia una convergencia total, tal y como lo conceptualiza la Ley Orgánica del IGSS de 1946 y como lo han logrado con éxito otros países como lo es Costa Rica.

Mediano a Largo Plazo

Mayor participación de los sistemas de salud comunitarios y de organizaciones de la sociedad civil

El MSPAS debe involucrar a todos los segmentos de la sociedad en las actividades referentes a la planeación, entrega y vigilancia de la atención de la salud no solamente por fortalecer el sistema en general, sino también para protegerlo de arbitrarios cambios de dirección por parte de futuras administraciones de la salud.

El MSPAS debe además involucrar a los actuales, y en muchos casos fuertemente enraizados sistemas y organizaciones comunitarias de la salud, con el fin de extender la cobertura del MSPAS a todos los segmentos de la sociedad. EL MSPAS y el CNS deben también incrementar la participación de las OSC en el diseño y la vigilancia de la atención de la salud a nivel comunitario, y la comunidad de donantes internacionales debe continuar apoyando a estos importantes elementos del sistema guatemalteco de la salud.

Mejoras al proceso para el presupuesto anual

A largo plazo, Guatemala debe tanto incrementar sus ingresos fiscales en forma de porcentaje del PIB a través de un aumento de impuestos y una reducción de la evasión o fraude fiscal, como incrementar el porcentaje de ingresos gubernamentales que se asignan al sector salud, esto con el fin de contar con el financiamiento necesario para lograr el objetivo del país de brindar atención universal a la salud. A corto plazo, debe empeñarse todo esfuerzo posible por desarrollar POA y presupuestos con base en las necesidades reales y con sujeción a techos presupuestarios previamente anunciados, y por reducir la diferencia entre los presupuestos aprobados y los devengados evitando arbitrarias transferencias y haciendo reservas para contingencias presupuestarias que logren soslayar eventuales deficiencias de fondos. La credibilidad y efectividad del MSPAS como proveedor principal de atención a la salud en el país depende de su habilidad para evitar fallas en el servicio y faltas de inventario de medicamentos, vacunas y otros suministros médicos de vital importancia.

Reducción de rotación de funcionarios en el MSPAS

Para lograr una estabilidad institucional y tener la capacidad de tener e implementar planes estratégicos de largo plazo es necesario poner fin a la práctica de nombrar nuevos equipos de trabajo al inicio de (y a menudo durante) cada administración presidencial. Los puestos menores a vice-ministro deben ser permanentes, otorgarse únicamente de acuerdo con criterios técnicos y profesionales, y su continuidad en el puesto debe estar sujeto a evaluaciones de desempeño anuales. El equipo del HSA anotó que actualmente se está volviendo a redactar la Ley del Servicio Civil, que ampara a los empleados permanentes del MSPAS. El equipo del HSA recomienda que la legislación revisada contemple los puestos administrativos ubicados debajo del nivel vice-ministerial.

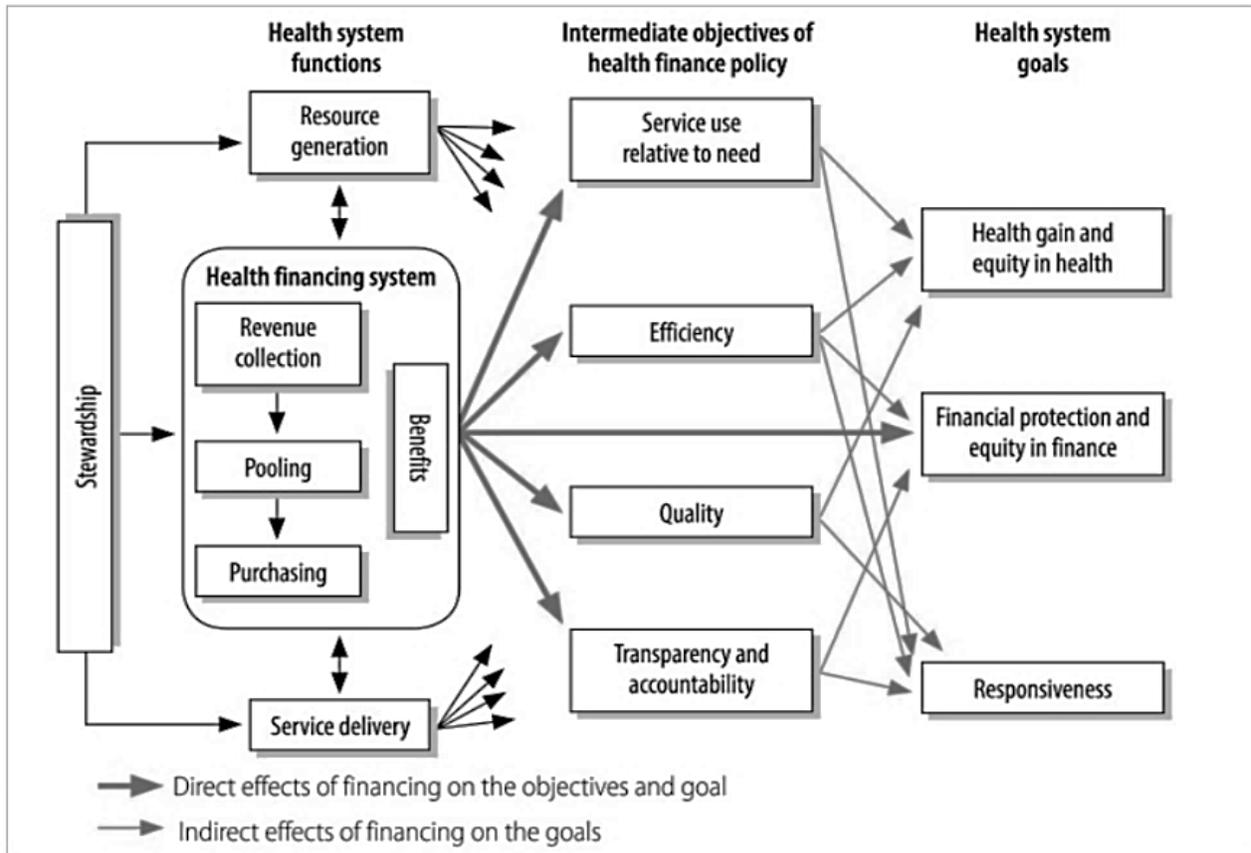
4. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

4.1 Panorama del Financiamiento de la Salud

Guatemala se encuentra en un momento decisivo: es una nación caracterizada por enormes inequidades entre los servicios de salud en zonas rurales y urbanas, y tiene un sistema de salud pública cuyo financiamiento es insuficiente, lo cual acarrea consigo una operación ineficiente. Como fue reconocido en su propio Plan Estratégico para el periodo 2014-2019, “*El presupuesto del Ministerio de Salud ha aumentado en los últimos años, sin embargo, sigue siendo insuficiente para atender las necesidades de una población pobre, dispersa y en crecimiento constante.*” (MSPAS, 2014b). Aunado con constantes cambios de liderazgo en el MSPAS, Guatemala requiere de soluciones en el ámbito de políticas y financiamiento para la salud. Presupuestos, recaudación de ingresos, mecanismos para compartir riesgos, así como compras estratégicas son componentes clave a revisar; sin embargo, la discusión debe incluir el tema de una reforma integral en materia de salud. El HSA de Guatemala explora tres funciones interrelacionadas del financiamiento de la salud en Guatemala que son la movilización, mancomunación y asignación de recursos para satisfacer las necesidades de salud de la población dentro del sistema de salud. La recaudación de ingresos analiza las fuentes de los ingresos para brindar atención a la salud, el tipo de mecanismo de las aportaciones, así como los agentes encargados de recaudar los ingresos. El sistema de salud de Guatemala cuenta con diversas formas de recaudar ingresos, como lo es la imposición fiscal en general, aportaciones obligatorias a la salud a través de la seguridad social (generalmente con base en un salario, y no necesariamente con base en los riesgos), pagos de seguros de salud voluntarios, privados, con fines de lucro (generalmente basados en nivel de riesgo), pagos de gastos corrientes reembolsables, y aportaciones de donantes.

La mancomunación de recursos se refiere a la acumulación y gestión de fondos de miembros individuales de un grupo, y garantiza que cada contribuyente cubra el riesgo de tener que pagar el costo completo de la atención de su bolsillo en caso de enfermedad. La mancomunación en Guatemala hace la función de asegurador del IGSS y los proveedores de seguros, así como las actividades del MSPAS, empleando seguros explícitos (personas inscritas en un esquema) o seguros implícitos (como en el caso de financiar servicios de salud vía ingresos fiscales). La mancomunación reduce la incertidumbre tanto para los ciudadanos como para los proveedores. Por último, la compra de servicios de salud se realiza a través de agencias públicas y privadas para prestar servicios directamente o para comprar servicios a nombre de sus beneficiarios. Para realizar compras estratégicas se requiere una búsqueda constante de valor a cambio de dinero, así como una maximización del desempeño del sistema de salud mediante decisiones acerca de qué intervenciones se deben comprar, cómo, y a quién. La Figura 3.1 describe el marco de trabajo genérico que se propone para el análisis descriptivo del financiamiento de la salud.

FIGURA 4.1. RELACIONES ENTRE EL SISTEMA DE FINANCIAMIENTO Y LOS OBJETIVOS EN MATERIA DE POLÍTICAS, OTRAS FUNCIONES DEL SISTEMA, Y METAS GENERALES DEL SISTEMA



Fuente: Adaptado de Kutzin, 2008

Guatemala es la economía más grande de la región centroamericana; sin embargo, su recaudación fiscal ocupa uno de los últimos lugares de América Latina como proporción de los ingresos nacionales del país. Los puestos superiores los ocupan Argentina (37,3 por ciento) y Brasil (36,3 por ciento), ambos por arriba del promedio de la OCDE, mientras en los puestos más bajos se encuentran Guatemala (12,3 por ciento), y la República Dominicana (13,5 por ciento) (OCDE, 2015). En el año 2014, la economía creció por encima de un 3 por ciento, el consumo interno creció 4 por ciento, y las exportaciones crecieron 4,7 por ciento, pero a pesar de la dinámica economía del país, existe una falta de conexión entre el crecimiento económico y las políticas de protección social. El país ha logrado avances políticos y democráticos sustanciales, y aun así, la distribución de los ingresos continúa siendo profundamente desigual. El Índice de Pobreza Multidimensional, que mide la privación¹ en los hogares en términos de educación, salud y estándar de vida, demostró que 26 por ciento de la población sufría de múltiples privaciones, y otro 10 por ciento se encontraba en riesgo de las mismas privaciones (PNUD,

¹ La privación social se refiere a obstáculos para interactuar o experimentar una interacción menor a la culturalmente normal entre un individuo y el resto de la sociedad. Esta privación social forma parte de una amplia serie de factores correlacionados que contribuyen a exclusiones sociales; dichos factores incluyen la enfermedad mental, la pobreza, una educación deficiente, y un estatus socioeconómico bajo

2011).² Grandes inequidades se hacen evidentes al analizar la distribución de los ingresos y la riqueza. En 20 por ciento de la población de Guatemala, los más ricos, se acumulan dos terceras partes del ingreso total, mientras aproximadamente 30 por ciento de la población vive en condiciones de pobreza y 10 por ciento en estado de pobreza extrema.

El sector salud en Guatemala, al igual que en muchos otros países, obtiene su financiamiento de fuentes públicas, empresas privadas, consumidores (hogares), y donantes internacionales. Según las Cuentas Nacionales de Salud del 2013 (MSPAS, 2015c), el gasto total en salud en Guatemala alcanzó los 26.640 millones de quetzales (EU\$3.4 mil millones)³, que representan el 6,3 por ciento del PIB. Esta cifra es equivalente a un gasto en salud per cápita de aproximadamente 1.721 quetzales (EU\$219).

Como se puede ver en la Tabla 4.1, los gastos de bolsillo representan la mayoría del gasto en salud. Tan solo 36 por ciento del gasto total en salud es público, y de ese 36 por ciento, solo 42,5 por ciento proviene del MSPAS, donde el IGSS representa 54 por ciento del gasto gubernamental en salud.

TABLA 4.1. INDICADORES DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Indicador	Valor	Año	Fuente
Gasto total en salud expresado en porcentaje del PIB	6.3	2013	MSPAS
Gasto en salud total per cápita, al tipo de cambio internacional (EUA)	219	2013	MSPAS
Gasto gubernamental en salud expresado como porcentaje del gasto total gubernamental	17	2013	OMS
Gasto gubernamental en salud expresado como porcentaje del gasto total en salud	37	2013	MSPAS
Fuentes externas de salud expresadas como porcentaje del gasto total en salud	1.9	2013	OMS
Gasto de bolsillo expresado como porcentaje del gasto total en salud	52	2013	MSPAS
Fondos de seguridad social expresados como porcentaje de gasto gubernamental en salud	48	2013	MSPAS
MSPAS y municipalidades expresado como porcentaje de gasto gubernamental en salud	52	2013	MSPAS
Gasto de bolsillo expresado como porcentaje de gasto privado en salud	83	2013	MSPAS

Fuente: MSPAS, 2015c y OMS, 2015

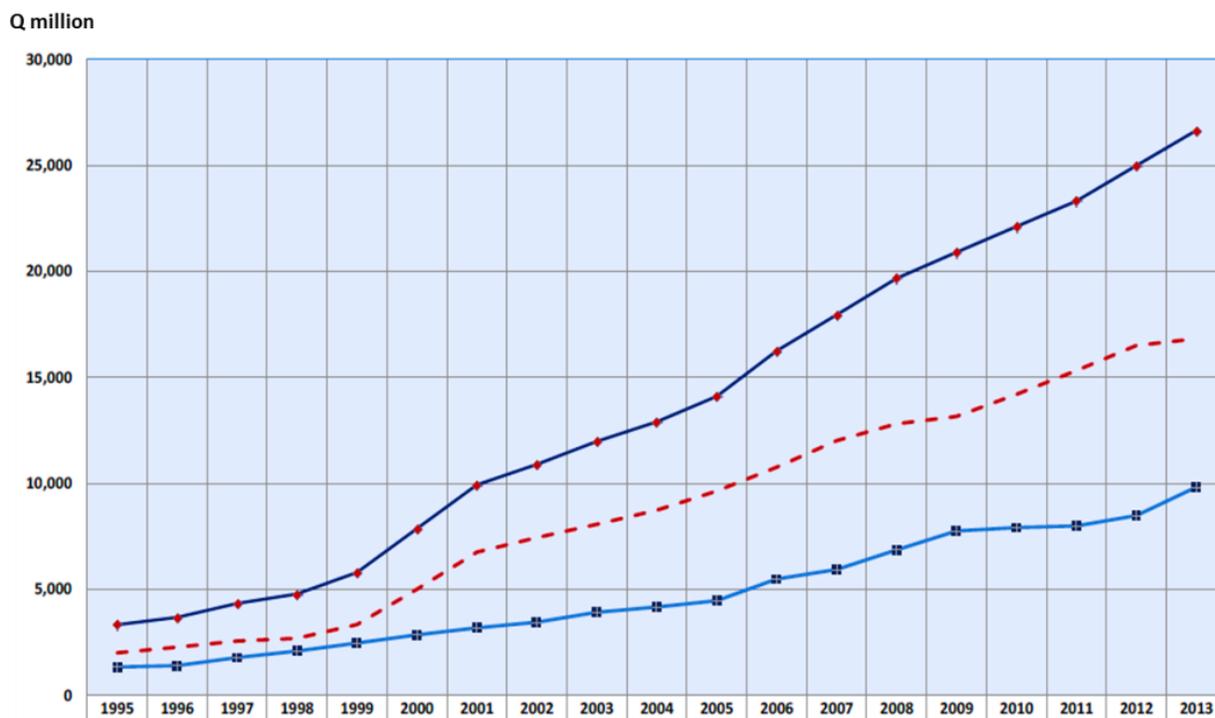
Los hogares continúan siendo los mayores contribuyentes a los fondos para la salud en Guatemala; en el 2013, los gastos de cuenta corriente reembolsable representaron 14.000 millones de quetzales (EU\$1.9 mil millones), o 52 por ciento del gasto total en salud y equivalente a 3,4 por ciento del PIB. El gobierno de Guatemala a nivel central y los municipios gastaron en total 5.105 millones de quetzales (EU\$650 millones) o 19 por ciento del gasto total en salud y equivalente a 1,1 por ciento del PIB. Por último, los donantes internacionales contribuyeron menos de 5 por ciento del gasto total en salud.

² La pobreza es multidimensional – pero este concepto se ignora al emplear medidas puramente financieras de la pobreza. El Índice Multidimensional de la Pobreza sirve de complemento a las medidas financieras de la pobreza considerando una coincidencia de diversas privaciones sufrida al mismo tiempo por un individuo (Iniciativa de Oxford para la Pobreza y el Desarrollo Humano, 2011).

³ La divisa nacional de Guatemala es el quetzal (Q). El tipo de cambio oficial que se emplea para todas las cifras del 2013 era de 7.857 quetzales por dólar norteamericano. Hemos empleado el tipo de cambio por año reportado por el Banco de Guatemala (MSPAS, 2015c).

Las tendencias en financiamiento de la salud con relación a la economía reflejaron un crecimiento de 60 por ciento, pasando del 3,8 al 6,8 por ciento del PIB entre los años de 1997 a 2001, llegando incluso hasta niveles del 7,1 por ciento del PIB en el 2006; el gasto en salud se ha estancado desde entonces, e incluso reducido al 6,3 por ciento en el 2013, que es el año más reciente con datos disponibles de las Cuentas Nacionales de Salud (Figura 4.2).

**FIGURA 4.2. TENDENCIAS DEL GASTO EN SALUD;
GASTOS TOTAL, PRIVADO Y PÚBLICO**



Fuente: MSPAS, 2015c

Un obstáculo importante que impide mejorar el desempeño del sistema de salud de Guatemala es la fragmentación del sistema de financiamiento para la salud. Guatemala opera bajo una serie de subsistemas de salud con distintas modalidades de financiamiento y objetivos, que son además utilizados por distintos segmentos de la población. Estos subsistemas de la salud impiden el acceso y discriminan entre los beneficiarios según su estrato económico, capacidad de pago, situación de empleo, y acceso geográfico. Los hospitales, la atención especializada, y los servicios diagnósticos se concentran en dos ciudades principales, que son la Ciudad de Guatemala y Quetzaltenango, que son también las ciudades donde se concentran el sector formal, los servidores públicos, los proveedores privados, y los principales hospitales del IGSS. Por ello, el acceso a hospitales públicos, a empleos que brinden la prestación de un seguro de salud, y a proveedores privados se concentra en las ciudades, dejando así a los pobres en las zonas rurales con acceso mínimo o sin acceso a los servicios de salud (MSPAS, 2012).

El alto gasto de bolsillo que pagan los hogares por servicios de curación, junto con un sistema de salud pública insuficientemente financiado, especialmente en lo que respecta a atención primaria de salud y servicios preventivos, hacen necesario desarrollar una estrategia de financiamiento de salud que busque reducir la carga de gasto de bolsillo que pesa sobre los hogares. Por tanto, el desarrollo de una visión a largo plazo para la salud alineada con un plan de desarrollo nacional es una prioridad principal.

Como lo muestra la Tabla 4.2, Guatemala califica desfavorablemente comparado con sus vecinos en indicadores comparables de financiamiento de la salud a nivel internacional. Comparado con otros países centroamericanos, el sistema de salud de Guatemala es financiado desproporcionadamente por gasto privado, especialmente el gasto de bolsillo. Con ajustes de paridad de poder de adquisición, el gobierno de Guatemala dedica la menor cantidad de recursos per cápita de cualquier otro país de la región (OMS, 2015).

TABLA 4.2. COMPARACIÓN REGIONAL DE INDICADORES DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD (PUESTOS REGIONALES ENTRE PARÉNTESIS)

País	GTS como % del PIB	GTS per cápita a PPA	GPS como % del GTS	GCCR % del GTS	GSGG como % del GTS	GSGG como % del PIB	GSGG como % del gasto gubernamental general	GSGG per cápita a PPA
Guatemala	6,4 (6)	467 (4)	62 (7)	52 (7)	38 (7)	2.4 (7)	17 (4)	176 (7)
Belize	5,4	458	38	26	62	3,4	12	286
Costa Rica	9,9	1,369	25	23	75	7,4	27	1,026
El Salvador	6,9	539	33	28	67	4,6	18	360
Honduras	8,7	400	51	45	49	4,3	12	197
Nicaragua	8,4	382	46	40	54	4,5	21	205
Panamá	7,2	796	32	25	68	4,9	13	544

Nota: GTS=gasto total en salud, PPA=paridad de poder de adquisición, GPS=gasto privado en salud, OOPS=gasto cuenta corriente reembolsable, GSGG=gasto en salud del gobierno de Guatemala

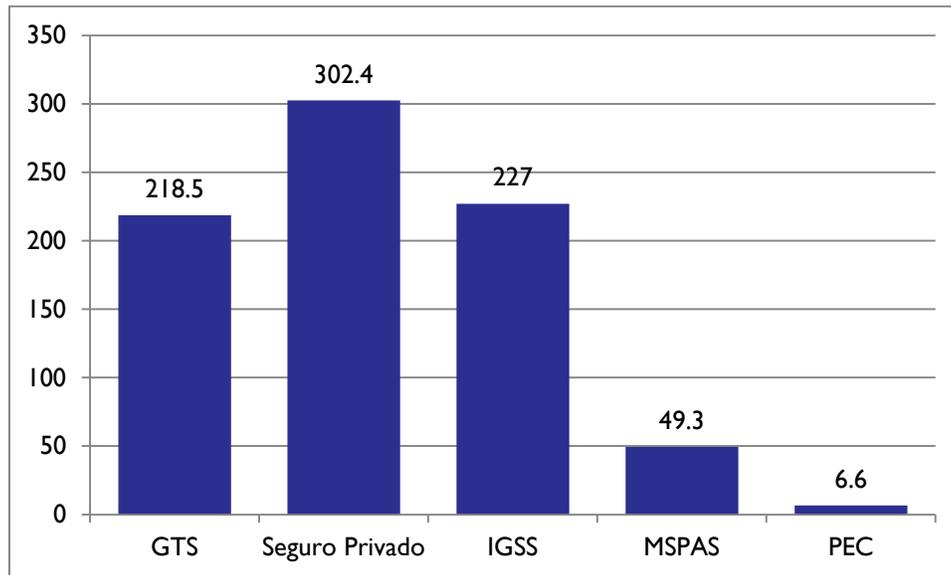
Fuente: OMS, 2015

4.2 Flujo y Administración de Recursos

Como ente rector del sistema de salud de Guatemala, el MSPAS es responsable de la formulación de políticas, movilización de recursos, y de la prestación de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Actualmente, los servicios del MSPAS amparan a un estimado del 67 por ciento de la población. El otro actor principal en el sistema de salud de Guatemala es el IGSS, fundado en 1946, y que brinda seguro de salud al sector de la población con un empleo formal, y brinda además cobertura en casos de accidentes, servicios de maternidad, y servicios médicos. En el 2013, el IGSS reportó un padrón de beneficiarios de 2.643 millones de personas (cerca del 17 por ciento de la población), incluyendo a beneficiarios directos, cónyuges, y niños menores de siete años de edad. Las fuerzas armadas y los seguros privados amparan a una proporción menor de la población de Guatemala que se estima en un combinado de 10 por ciento.

El gasto gubernamental en salud no solo ha permanecido estático a un promedio del 1,1 por ciento del PIB a través de los años, sino que además, el flujo de recursos hacia los beneficiarios refleja enormes disparidades. El gasto anual per cápita del MSPAS fue de aproximadamente una quinta parte (184 quetzales, o EU\$23) de lo que recibieron los beneficiarios del IGSS (841 quetzales, o EU\$107) en el año 2013. La Figura 4.3 muestra las disparidades en el gasto per cápita por fuente de financiamiento y actividad en programas, de datos disponibles para el PEC en el 2010; por cada dólar de gasto en beneficios a quienes están amparados por la seguridad social (el IGSS), los beneficiarios del PEC recibieron menos de 7 centavos per cápita (6,6 por ciento). Mientras los servicios a cargo del PEC incluían promoción de la salud, la gran mayoría del gasto del IGSS va al pago de servicios de curación, dejando un presupuesto muy pequeño para la promoción de la salud y la prevención.

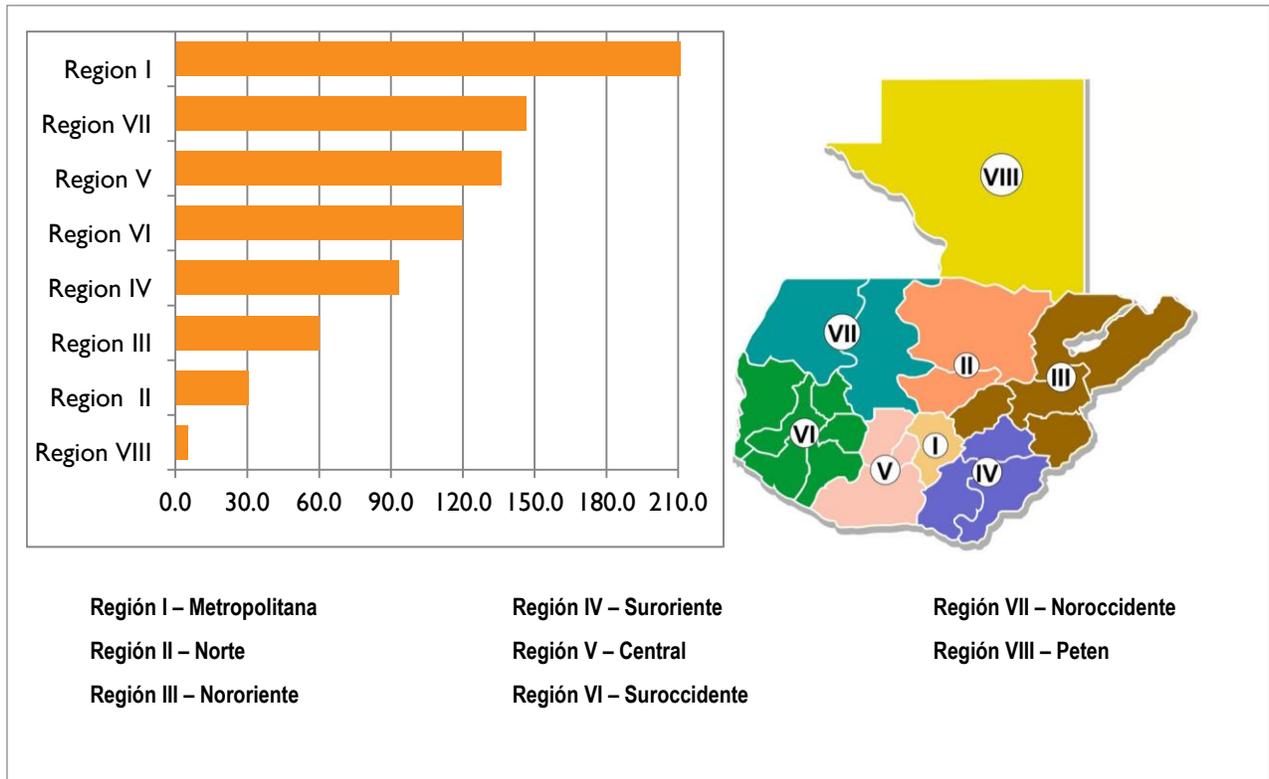
FIGURA 4.3. GASTOS EN SALUD PER CÁPITA, POR PROGRAMA Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO, 2010



Fuente: Adaptado de MSPAS, 2012b y MSPAS, 2015c
 GTS = Gasto Total en Salud

Aproximadamente 95 por ciento de los recursos del MSPAS se emplean para cubrir gastos de operación, incluyendo sueldos, y adquisición de suministros para la prestación de servicios, y apenas el 5% se invierten en gastos de capital. 40% de los recursos los consumen los hospitales (2.000 millones de quetzales o EU\$254 millones). Los recursos que se asignan a la prevención representan 22% del gasto total en salud (1.097 millones de quetzales o EU\$140 millones) (MSPAS 2015c). Claro que estos promedios ocultan enormes disparidades en el flujo de recursos por región; el acceso a servicios de salud coincide con la distribución étnica. Más de tres cuartas partes de la población indígena viven en la pobreza. Los indígenas Mayas, Garifunas y Xincas representan 72 por ciento del sector que vive en extrema pobreza en Guatemala (Naciones Unidas, 2011). Los peores determinantes sociales de la salud afectan principalmente a poblaciones indígenas de los departamentos de Alta Verapaz, Quiché y Huehuetenango. La desnutrición aguda e inseguridad alimentaria abundan en nueve departamentos del Corredor Seco: Santa Rosa, Jutiapa, Jalapa, El Progreso, Zacapa, Chiquimula, Izabal, Baja Verapaz y Quiché (Red Humanitaria 2009). La Figura 4.4 muestra la distribución de los recursos de financiamiento (per cápita) en un rango desde EU\$212 para el área metropolitana de Ciudad Guatemala, hasta EU\$5.30 para la zona rural de Petén.

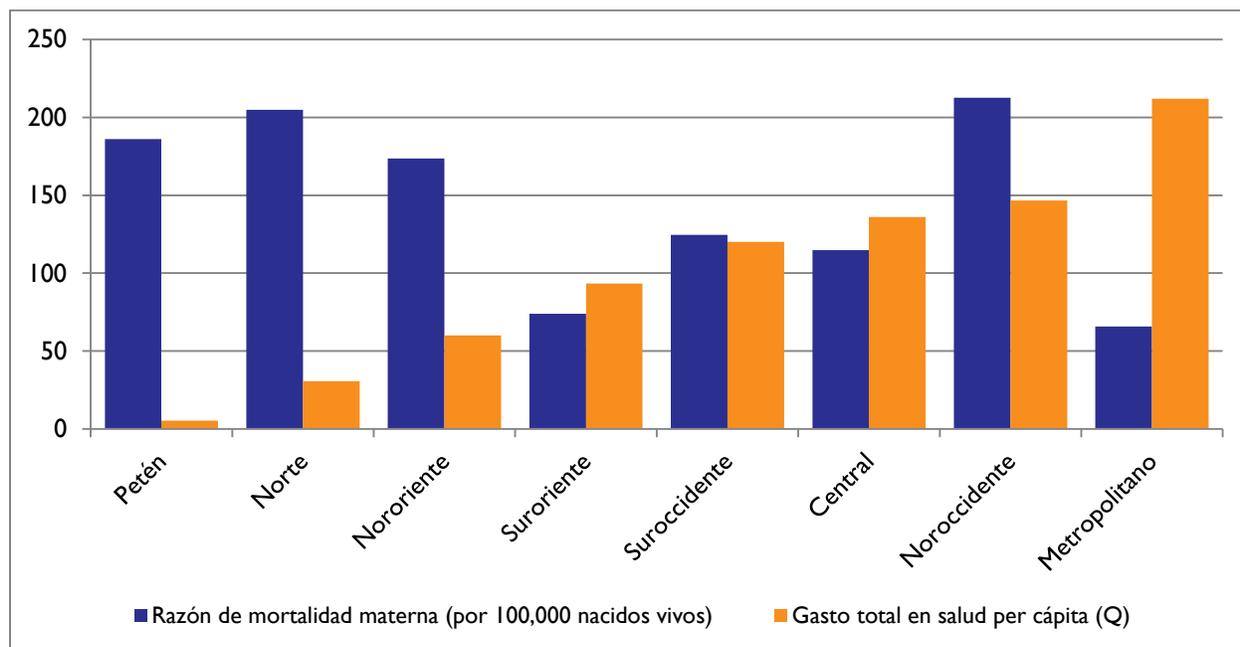
FIGURA 4.4. GASTOS TOTALES EN SALUD, PER CÁPITA, DIFERENCIAS REGIONALES, 2008



Fuente: Adaptado de Flores, 2008

Además, la desigual distribución de recursos contribuye a inequidades en los resultados de salud. Como lo muestra la Figura 4.5, un incremento en gasto para la salud tiene una correlación negativa con la mortalidad materna y, con excepción del noroeste, las regiones que presentan una alta mortalidad materna registran bajos gastos en salud. Esta gráfica subraya la importancia de canalizar más recursos a las regiones y departamentos que más lo necesitan.

FIGURA 4.5. DIFERENCIAS REGIONALES EN GASTOS TOTALES EN SALUD PER CÁPITA Y MORTALIDAD MATERNA, 2008



Fuente: Flores, 2008 y MSPAS, 2010

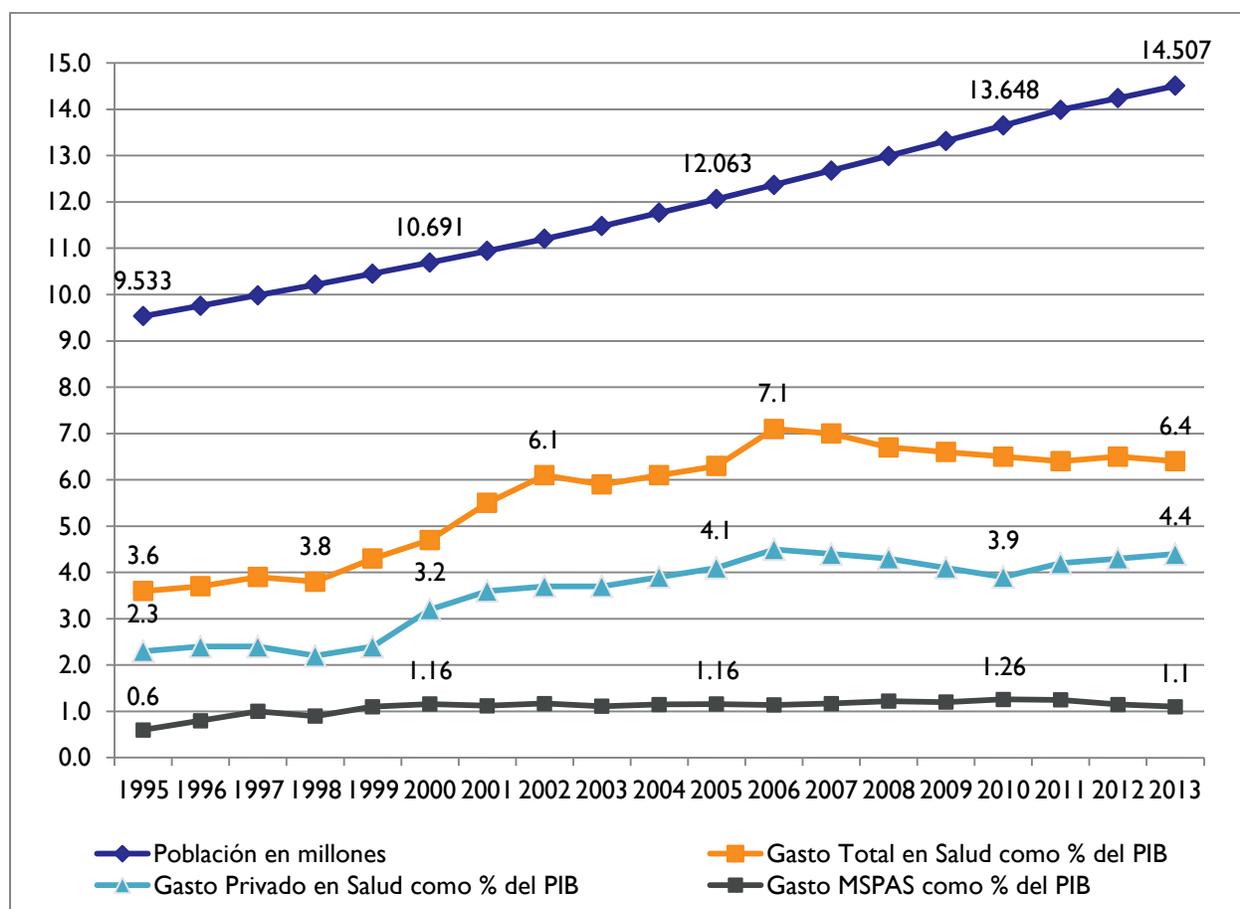
El MSPAS es responsable de administrar las funciones que conforman el corazón del sistema de salud, y es dueño de la red de hospitales públicos. A nivel local, la entrega de los servicios de salud es responsabilidad de los Distritos Municipales de Salud mediante una combinación de fondos del gobierno central y recursos locales. El director del área de salud es responsable de elaborar el plan y presupuesto de operación regionales, asegurándose de que exista una estrategia presupuestal integrada y equipos de salud coordinados para prestar apoyo logístico, y de elaborar reportes mensuales. La insuficiencia de los fondos para cubrir gastos recurrentes no relacionados con salarios ha representado un problema en general para estas unidades administrativas de área en materia de salud. El MSPAS y el IGSS cuentan con la mayor capacidad instalada para prestar servicios de salud; sin embargo, hay una falta de coordinación y desaprovechamiento de oportunidades para realizar compras en volumen y emplear su infraestructura. El apoyo de los gobiernos municipales en la prestación de servicios de salud varía bastante, y en la mayoría de casos, su contribución es apenas mínima.

4.3 Movilización de Recursos

La movilización de los recursos para financiar el sistema de salud en Guatemala se realiza a través de tres principales fuentes a nivel nacional: el gobierno, los hogares, y los patronos; estas fuentes se complementan con recursos externos provenientes de donantes y remesas de trabajadores internacionales.

Gobierno: Los gastos públicos en salud se cubren con aportaciones del gobierno central y de los municipios. En el 2013, juntos gastaron 5,105 millones de quetzales (EU\$650 millones), lo que representa tan solo 19 por ciento del gasto total en salud, y fue igual al 1,2 por ciento del PIB, un porcentaje que, como lo ilustra la Figura 4.5, casi no cambió comparado con el del 2005 (1,16 por ciento) – en años recientes, los gastos públicos se han quedado básicamente estancados sin volverse a mover, con apenas pequeñas variaciones: el gasto gubernamental ascendió a 4,287 millones de quetzales (EU\$546 millones) en el 2012, aumentó en el 2013, bajó en el 2014, y volvió a subir a 5.400 millones (EU\$687 millones) en el 2015. Según entrevistas realizadas por el equipo del HSA, existieron reducciones presupuestarias a las asignaciones en salud realizadas por los 334 municipios autónomos, e incrementos atribuibles al MSPAS y asignaciones discrecionales para mejorar y remodelar instalaciones de salud por parte del Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda. Adicionales gastos en promoción de la salud fueron asignados por el Ministerio de Educación.

FIGURA 4.6. PATRONES DE GASTO EN SALUD Y CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN



Fuente: Adaptado de: MSPAS, 2015c

El MSPAS es la principal fuente de financiamiento de servicios médicos que se prestan en las instalaciones públicas. El IGSS opera como esquema de seguro de salud paraestatal, y funciona como seguro social de la salud, regulado por el Decreto No. 265 emitido en la Constitución de Guatemala de 1946 con el objeto de proveer de atención médica y beneficios para el retiro. El IGSS ofrece cobertura a sus miembros con base en un sistema de seguro público de grupo. Ser miembro del plan de seguro de salud del IGSS es obligatorio para los trabajadores del sector formal; el plan se financia con las aportaciones de esos mismos trabajadores (que aportan 25 por ciento), las empresas que los emplean (50 por ciento), y el gobierno (25 por ciento) (Decreto No. 295). El nivel de las aportaciones lo especifica la ley con base en el nivel salarial del trabajador. En el 2013, los gastos en salud erogados por el IGSS sumaron la cantidad de 4.718 millones de quetzales (EU\$600 millones), comparados con el gasto del MSPAS, que fue de 5.105 millones de quetzales (EU\$650 millones), a pesar de la vasta diferencia entre las poblaciones que ampara cada uno: el IGSS 2.6 millones, y el MSPAS 12 millones.⁴

Guatemala tiene experiencia en movilizar recursos hacia el sector salud proveniente de un impuesto dedicado. Desde el año 2004, la Ley Fiscal sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas ha logrado garantizar que 15 por ciento de los ingresos por ese impuesto se dediquen a financiar la salud reproductiva y la planificación familiar, así como a prevenir el consumo de alcohol (Decreto 21-04). El 15 por ciento del impuesto que fue asignado a salud reproductiva, planificación familiar, y prevención del consumo de alcohol sumó a 385.2 millones de quetzales (EU\$49) tanto en el 2013 como en 2014.

Además, la Ley sobre el Tabaco (Decreto 67-1; modificación al Decreto 65-2001, artículo I) ordena una tributación del 46 por ciento sobre los productos de tabaco que deberá dirigirse a programas de salud preventiva y curativa conducidos por el MSPAS. La recaudación fiscal proveniente de productos del tabaco sumó 385.2 millones de quetzales (EU\$49 millones) en el 2013, y 404.4 millones de quetzales (EU\$51 millones) en el 2014. El 46 por ciento del impuesto al tabaco asignado a programas de salud preventiva y curativa sumó 177 millones de quetzales (EU\$22.5 millones) en el 2013, y 186 millones de quetzales (EU\$23.7 millones) en el 2014.

Recursos privados: Los gastos privados representan aportaciones globales de los hogares, las empresas, y las organizaciones sin fines de lucro a nivel país. Las fuentes privadas de financiamiento para la salud contribuyeron 16.816 millones de quetzales (EU\$2.14 mil millones) al Sistema de salud de Guatemala en el 2013, lo cual representó el 63 por ciento de gasto total en salud, y fue equivalente al 4 por ciento del PIB ese año. El crecimiento económico en Guatemala ha estimulado la expansión de proveedores privados de la salud y los gastos de la salud privada aumentaron de 2,4 del PIB en el 1995 al 4 por ciento en el 2013, un 66 por ciento de incremento en el gasto privado en salud.

Los gastos privados que realizan los patrones están representados por contribuciones al IGSS, a seguros privados, y también por el pago directo por la prestación de servicios médicos y atención en el lugar de trabajo. Un gran número de empresas en Guatemala brindan servicios de salud a su personal a través de instalaciones propiedad de la empresa, clínicas en el lugar de trabajo, programas de salud del lugar de trabajo, y servicios de la salud contratados a nivel privado. Los seguros de salud privados en Guatemala representaron el 11,4 por ciento de los gastos totales en salud en el año 2013 (2.804 millones de quetzales, EU\$357 millones), lo que equivalió al 0,6 por ciento del PIB.

⁴ Calculado con base en tarifas de cobertura de seguros en Becceril-Montekio y López-Dávila 2011, y las más recientes estadísticas de población de Guatemala (Banco Mundial, 2015).

Gasto de los hogares: Actualmente en Guatemala, los hogares representan la principal fuente de financiamiento para la salud. Cincuenta y dos por ciento del gasto total en salud en Guatemala proviene de gastos de cuenta corriente reembolsable. Estos pagos privados van a cuenta de medicinas, visitas a médicos, y acceso a hospitales privados. El estancamiento de fondos gubernamentales para la salud ha traído como consecuencia una creciente proporción de gasto total en salud proveniente de pagos de gastos de cuenta corriente, lo cual ha incrementado la carga que el financiamiento de la atención a la salud pone sobre los hogares. La ausencia en Guatemala de mecanismos generalizados de protección contra riesgo (tal como cobertura de seguro) hace crecer las probabilidades de que el sector con empleos informales y los pobres y vulnerables lleguen a incurrir en gastos de salud catastróficos (onerosos gastos en salud por encima de cierto umbral de los ingresos del hogar) o en un “empobrecimiento por motivo de salud” (que es cuando un gasto en salud empuja a un hogar a la pobreza). La protección financiera es importante elemento de la cobertura universal en salud (OMS, 2010), y a pesar de ello, ninguno de estos indicadores son monitoreados de manera rutinaria en Guatemala. Sin embargo, según un estudio realizado con datos de la Encuesta para Medir el Nivel de Vida, 19 por ciento de los guatemaltecos incurrieron en gastos de salud catastróficos – gasto en salud que excede el 40 por ciento de la capacidad de pago de un hogar – y ese porcentaje se concentraba desproporcionadamente entre los pobres. Sesenta por ciento de los hogares ubicados en el cuartil más bajo de riqueza incurrieron en gastos de salud catastróficos, comparado con solo un 3 por ciento entre el cuartil de mayor riqueza (Bowser and Mahal 2011).

Los hogares comparten más de la mitad del gasto en salud del país en general, que ascendió a 14.000 millones de quetzales (EU\$1.8 mil millones) en el 2013, o 3,6 por ciento del PIB. Las tendencias en gasto de bolsillo son mayores a los incrementos atribuibles al índice de precios al consumidor en materia de salud y farmacéuticos. Proyectar gasto de bolsillo por 1.850 millones de quetzales desde los niveles de 1995 y ajustar los efectos de la inflación daría un gasto de bolsillo esperado de 7.346 millones de quetzales en el 2013, o cerca de la mitad del gasto de bolsillo real. Esto sugiere que la pronunciada tendencia en el gasto de bolsillo que se ha observado en Guatemala en los últimos diez años se debe a una combinación de incremento de precios por servicios e incremento de la demanda por servicios médicos. Este pronunciado incremento de gasto de bolsillo que se ha observado a lo largo de los años ha representado una preocupación cada vez mayor para el gobierno de Guatemala, y se le reconoce como una barrera al acceso a los servicios públicos. En el año 2013, el Congreso aprobó una ley que establece que los servicios de salud los debe proveer el gobierno (Decreto del Congreso de la República de Guatemala, Número 53-2003 que reforma al artículo 4 del código de Salud, Decreto Número 90-97 del Congreso de la República. Gratuidad de la Salud). En el año 2008 se emitió otro acuerdo que establece que el gobierno es responsable de prestar servicios de salud a todos los residentes gratuitamente (Acuerdo Gubernativo 295-2008, Guatemala 18 Noviembre 2008. http://www.infile.com/leyes/visualizador_demo/index.php?id=59972). No está documentada la cantidad de hogares que incurrieron en gastos catastróficos antes y después de la implementación de la disposición. Sin embargo, esta disposición parece no haber causado impacto alguno sobre el gasto corriente reembolsable que realizan los hogares, ya que este gasto continuó creciendo en los años siguientes. Es probable que los crecientes precios de medicamentos y honorarios de los médicos hayan compensado el impacto de haberse abolido las cuotas de usuarios sobre los gastos de los hogares. Según entrevistas realizadas en hospitales por el equipo del HSA, la abolición de las cuotas administradas por los “Patronatos de Hospitales” eliminó también una importante fuente de ingresos con que se cubrían gastos recurrentes en las instalaciones de salud, incluyendo medicinas y suministros. El MSPAS no realizó provisión alguna para sustituir esta fuente de financiamiento para los hospitales.

Fuentes externas: La asistencia proveniente de donantes en Guatemala se canaliza como contribuciones extrapresupuestarias. Las fuentes donadoras son difíciles de rastrear, y probablemente también sean subestimadas, lo cual además no ayuda a planear y alinear esos recursos hacia las metas de salud nacionales de Guatemala. La ayuda internacional en apoyo al acceso a los servicios de salud tiende a dirigirse hacia las poblaciones rurales. Algunos de los principales donadores incluyen a la Unión Europea, el Fondo Global, el Banco Mundial, la AECID de España, y el gobierno de los Estados Unidos, incluyendo a PEPFAR. Cuba brinda becas a estudiantes de medicina guatemaltecos, y el MSPAS contrata médicos cubanos. El Fondo Global ha erogado EU\$25 millones en los últimos 10 años para apoyar programas de VIH/SIDA, malaria, y tuberculosis en Guatemala. Durante el periodo fiscal 2014, USAID contribuyó EU\$23.4 millones a diversos programas de salud de Guatemala. Además de socios de desarrollo, ONG (tanto nacionales como internacionales) y organizaciones religiosas brindan financiamiento de servicios de salud con sus propios recursos y actúan además como receptor-intermediario de fondos para la salud provenientes de otros donadores. La provisión de estos servicios se coordina con las autoridades de distrito y también, pero en menor medida, con el MSPAS a nivel central; de hecho, algunos entrevistados para el HSA señalaron que el gobierno central está tratando de crear un registro de donadores, coordinar recursos, y finalmente regular el trabajo de todas estas ONG que operan en Guatemala.

Se estimó que el gasto en salud que se canaliza a través de ONG que prestan servicios de salud ascendió a 1.746 millones de quetzales (EU\$222 millones). Fuentes externas realizan significativas contribuciones al financiamiento de la atención a la salud de las poblaciones rurales de Guatemala y proveen entre un tres y un cinco por ciento de gasto total en salud.

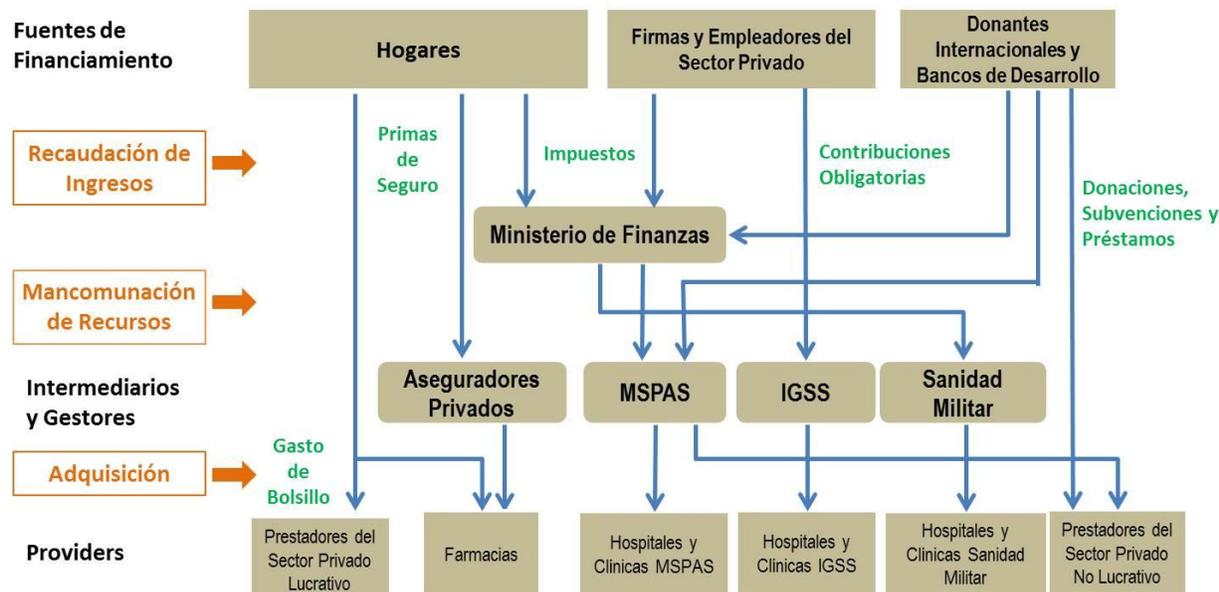
Remesas: Las remesas en Guatemala se han incrementado de manera constante en los últimos años. La cantidad de dinero que envían los trabajadores expatriados representa un 10 por ciento del PIB del país (Banco Mundial, 2015) y el Banco Central de Guatemala pronostica que esa cifra crecerá en un cinco por ciento este año. Guatemala recibió más de EU\$5.3 mil millones en remesas durante el 2013, y esa es la segunda cifra más alta de América Latina, después de México. De acuerdo a la encuesta de remesas familiares que se realizó en el 2010, 6,2 por ciento de todas las remesas que se recibieron se emplearon para pagar servicios de salud, especialmente medicamentos, pruebas de diagnóstico, honorarios médicos, y hospitalización, y tan solo 2,5 por ciento se empleó para pagar cobertura de seguro. En el año 2010, la cantidad total de remesas que se gastó en salud fue de aproximadamente EU\$316 millones, representando más de la mitad del gasto total en salud realizado por el MSPAS ese mismo año (UNICEF y IOM, 2011).

4.4 Asignación de Recursos

Administrativamente, las unidades de gasto del gobierno central se clasifican en ministerios (entre ellos el MSPAS), y autoridades gubernamentales de alto nivel. A nivel de gobiernos locales, Guatemala se divide en 22 departamentos, que a su vez se subdividen en 338 municipios. Los recursos públicos para servicios de salud representan contribuciones del gobierno central y, a nivel local, de los municipios. La Gerencia General Administrativa y Financiera del MSPAS supervisa la ejecución de presupuesto de 85 unidades administrativas (29 áreas de salud, 43 hospitales, y 13 unidades encargadas de gobernanza y áreas técnicas). Estas unidades a su vez son responsables de presupuestar y ejecutar recursos. Las 29 áreas de salud están organizadas en redes de salud, en lugar de regularse por las divisiones políticas de los 22 departamentos. Las áreas de salud atienden el acceso geográfico para facilitar la distribución de medicamentos y suministros médicos y para alinear actividades de apoyo y supervisión. La mayoría del gasto a nivel central se puede rastrear hasta las regiones y municipios, y está disponible a través de Internet en el Sistema de Contabilidad Integrada (SICOINWEB) que ofrece un mapeo integral del gasto que se realiza a nivel sub-nacional. El flujo de fondos para la salud proveniente del nivel central

(movilización) a través de agentes de financiamiento (mancomunación y asignación) hacia las instalaciones (adquisición) se presenta en la Figura 4.7.

FIGURA 4.7. GRÁFICA ESQUEMÁTICA DEL FLUJO DE RECURSOS PARA LA SALUD PROVENIENTE DE FUENTES DE FONDOS HACIA AGENTES Y PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD EN GUATEMALA



El MSPAS es responsable de la formulación de políticas, aseguramiento de calidad, movilización de recursos, y prestación de servicios de salud. Es el MSPAS quien entrega y financia los servicios de salud a nivel local (municipal y sub-municipal) a través de centros de salud y puestos de salud a nivel municipal. Tanto los centros como los puestos se encuentran bajo la dirección del funcionario de salud de distrito, quien le reporta al director de área de salud. Todo el financiamiento y la operación de la entrega de los servicios de salud a nivel rural son responsabilidad de la oficina del Sistema Integrado de Atención a la Salud (SIAS), cuyo director le reporta al Vice Ministro de Prestación de servicios de Salud del MSPAS.

Las contribuciones de las municipalidades a los servicios de salud son el ámbito de agua y sanidad, que se financian primordialmente con ingresos de los municipios. A discreción de los alcaldes municipales, los gobiernos municipales también financian servicios de ambulancia para transportar a pacientes desde las zonas rurales hacia el centro de salud o hacia el hospital. Los municipios apoyan al MSPAS con base en las prioridades del consejo municipal, cubriendo, por ejemplo, los salarios de personal adicional para puestos de salud. El Artículo 257 del Código Municipal establece provisiones financieras para los municipios, y ordena que el poder ejecutivo del gobierno asigne una cantidad anual igual al 10 por ciento del presupuesto general a todos los municipios. Dicha cantidad se debe distribuir de acuerdo a la ley y cuando menos 90 por ciento de la misma se debe asignar a programas y servicios en los campos de la educación, promoción de la salud, infraestructura, y servicios públicos que mejoren la calidad de vida de la población. El 10 por ciento restante se puede emplear para cubrir gastos de operación y otros gastos recurrentes. Por ello, los gobiernos municipales tienen potencial para desempeñar un papel importante en el financiamiento de servicios de salud. Su papel en el financiamiento de la salud se debe fortalecer mediante el desarrollo de capacidades de planeación, incremento de transparencia en sus procesos, y rendición de cuentas.

A través de los Distritos de Salud Municipales, el MSPAS es responsable de la prestación de servicios de salud a nivel local. Los distritos de salud les reportan a los directores de área de salud, por lo que se esperaría que hubiera una coordinación fluida y dinámica entre áreas de salud y hospitales. Aunque ambas son unidades de implementación del MSPAS, la coordinación entre las áreas de salud y los hospitales es casi inexistente.

El análisis de Cuentas Nacionales de Salud de Guatemala estimó un gasto en actividades administrativas de 764 millones de quetzales (EU\$97 millones) en el 2013, el equivalente al 3,1 por ciento del gasto total en salud. Las asignaciones presupuestarias para la salud las realiza el gobierno a partir de ingresos públicos administrados por el Ministerio de Finanzas. La ejecución presupuestaria gubernamental general (fondos otorgados contra los presupuestados) fue de aproximadamente 90 por ciento para salarios y 85 por ciento para gastos no relacionados con salarios en los últimos cuatro años (MINFIN, 2015). El desembolso de fondos gubernamentales en Guatemala en raras ocasiones coincide con los cronogramas de implementación (MSPAS, 2012b); al nivel central, los funcionarios consideran que los municipios y unidades administrativas tienen poca capacidad de absorción, mientras que a nivel distrital existen quejas acerca de la tardía entrega de fondos, según entrevistas realizadas por el equipo del HSA. Existen recientes órdenes presidenciales para lograr eficiencias mediante el recorte en costos de transportación, la reducción de los pagos de viáticos, y restringiendo el consumo de combustible para vehículos (Comisión Presidencial 2014 and Decreto 31-2002). Según las partes interesadas entrevistadas, dichos recortes han estado afectando las actividades de servicio de asistencia a la comunidad. Al igual que ocurre en muchos otros países, los fondos que no se ejercen regresan al gobierno central, teniendo ello como consecuencia menores asignaciones para el periodo subsecuente. Los retrasos en las entregas de fondos pueden resultar en desperdicio y uso ineficiente de recursos y, potencialmente pueden incentivar el reporte de actividades que nunca ocurrieron.

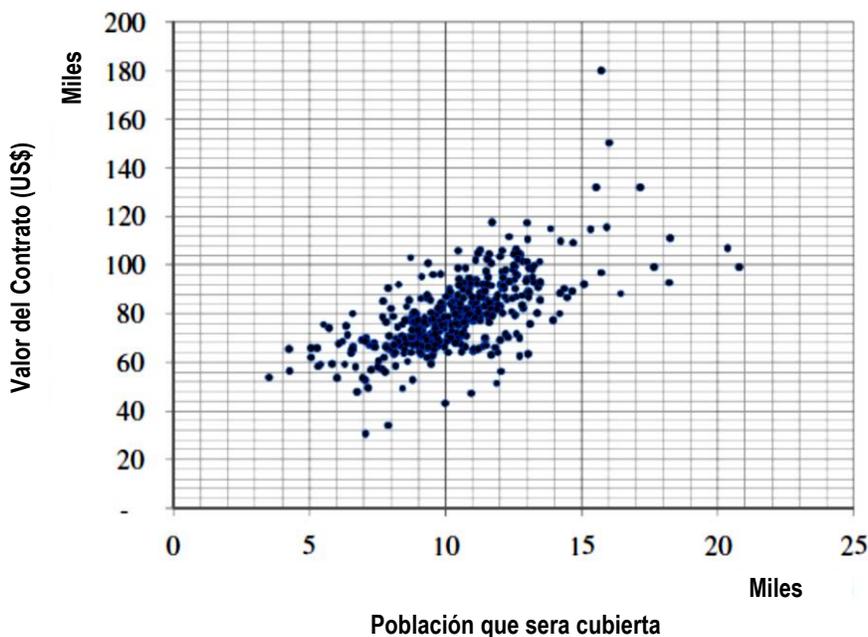
La asignación gubernamental global a los 338 municipios se basa en una fórmula de asignación de recursos que asigna relevancia de acuerdo a la densidad poblacional y los niveles de pobreza (SEGEPLAN, 2014). Sin embargo, el flujo de recursos para la salud provenientes del MSPAS hacia las unidades administrativas no sigue una fórmula de asignación. El proceso de asignación se realiza con base en las necesidades identificadas por un POA. El proceso presupuestario se hace con base en tendencias históricas de prestación de servicios. Las unidades administrativas envían la información a la Dirección de Planeación; luego el presupuesto consolidado sufre ajustes con base en los techos presupuestarios establecidos por el Ministerio de Finanzas. La falta de una fórmula para asignaciones ajustada por necesidades de salud, pobreza, tamaño de la población, y dispersión, termina en un proceso de asignaciones discrecionales (Flores, 2008). De acuerdo a nuestras entrevistas, este proceso no garantiza que las unidades administrativas reciban los fondos que habían planeado recibir. Un financiamiento insuficiente y las entregas tardías por parte del gobierno central son principales obstáculos para poder mantener una ejecución efectiva en todas las áreas de salud y hospitales. Según entrevistas con informantes clave, los gobiernos municipales asignan fondos para la salud de manera discrecional principalmente debido a las restricciones locales y la incapacidad de movilizar ingresos locales.

Según entrevistas realizadas durante el HSA, el proceso para la elaboración de presupuestos sigue un enfoque de abajo hacia arriba, comenzando por las unidades administrativas, subiendo hasta la Dirección de Planeación del MSPAS. La insuficiencia de fondos asignados a las unidades administrativas y los techos presupuestarios representan barreras para una eficiente planeación y una efectiva ejecución de recursos. Según entrevistas con informantes clave, el proceso descentralizado ha dado lugar a una fragmentación y a múltiples mini-contratos en materia de medicinas y otros consumibles, lo que a su vez lleva a perder la oportunidad de crear economías de escala con esquemas de compras en volumen para obtener mayor valor por el dinero. Alianzas estratégicas entre los sistemas de salud del MSPAS, el IGSS y las Fuerzas Armadas (Sanidad Militar) para establecer compras en volumen podrían, potencialmente, ahorrarle al sistema de salud millones de dólares en productos farmacéuticos, a la vez que beneficiaría a los

compradores de medicinas, equipo y servicios de diagnóstico. Existen aún otros factores que hacen que el sistema no funcione de manera óptima. En primer lugar, los lugares donde se entregan los servicios (centros de salud y puestos de salud) por lo regular carecen de transporte, de suficiente personal, y sufren constantemente de faltas de inventario de las medicinas y suministros básicos, como se comentará más adelante en la sección sobre Insumos Médicos y Cadena de Suministros.

Financiamiento de la Atención Primaria de la Salud: La prestación de servicios para la APS se encuentra actualmente en una etapa de transición entre la contratación externa de servicios clínicos y la prestación de los servicios institucionales del MSPAS. La estrategia del PEC, alguna vezpreciado de ser una de las sociedades público-privadas más innovadoras y exitosas para extender la cobertura en salud en América Latina (La Forgia, 2006), se dio por terminada. El programa consistía en la contratación externa de un paquete explícito de servicios que entregaban las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). Según el MSPAS, el PEC le permitió ampliar la cobertura y llegar a 4.6 millones de personas en el 2008. Ese mismo año, el PEC otorgó 487 contratos por un valor total de 229.2 millones de quetzales (EU\$30.6 millones), equivalente al 9,1 por ciento de los gastos totales del MSPAS que ascendieron a 2.251 millones de quetzales (EU\$336.1 millones) en el 2008. Solo proveedores certificados eran elegibles, y sus contratos variaban desde los 255.000 quetzales (EU\$30,000) hasta los 1.350 millones de quetzales (EU\$180.000). Las comunidades beneficiarias variaban desde los 4.500 hasta los 21.000 habitantes. El paquete básico del PEC ofrecía 26 servicios que incluían atención materna, infantil, de emergencia, y ambiental. Se programaban visitas a la comunidad una vez por mes, y una enfermera o médico ofrecían atención materna, inmunizaciones, suplementos nutritivos, y monitoreo del crecimiento para niños menores de cinco años de edad. Con base en el costo total de los contratos y la población estipulada, la captación era de aproximadamente 50,00 quetzales por persona-año (\$6,64 per cápita) en el 2008. Como lo muestra la Figura 4.8, no hubo variación en el tamaño de los contratos con motivo de las diferencias en el tamaño de la población que abarcaban, o de la modalidad de servicios prestados ya sea por enfermeras o médicos; por lo tanto, las asignaciones per cápita variaron de 30 a 150 quetzales (EU\$4.00 a EU\$17.00) (Bossert et al. 2009).

FIGURA 4.8. CORRELACIÓN ENTRE MONTO DEL CONTRATO Y POBLACIÓN CUBIERTA POR EL PEC EN EL AÑO 2008



Fuente: Bossert et al. 2009.

Al transcurrir los años, la expansión del PEC alcanzó la cobertura legal de 4.6 millones de personas, principalmente en comunidades pobres. El programa se encontraba manejando casi 500 contratos y operando en más de 4.000 establecimientos de salud ubicadas en 4.500 jurisdicciones. Existía una amplia mezcla de “instalaciones”, siendo que en la mayoría de los casos se trataba de una habitación en la casa de algún líder comunitario local que prestaba su casa tan solo por contar con “servicios de salud” más cerca de sus comunidades. Otras instalaciones del PEC las construyeron los gobiernos de los municipios locales y los miembros de la comunidad, y algunos pocos los construyó el gobierno. Según entrevistas con funcionarios de gobierno realizadas para el HSA, la capacidad administrativa representaba un reto, la supervisión era escasa, los convenios de nivel de servicio eran monitoreados de manera deficiente, faltaban indicadores de desempeño claves, y era difícil medir todo tipo de resultados, y casi imposible auditar la entrega real de servicios y medicinas a los beneficiarios que vivían en comunidades rurales y dispersas. El MSPAS decidió dar por terminado el programa y comenzar la transición entre contratación externa y prestación por ellos mismos de los servicios clínicos, y el primer paso es la contratación de personal de OSC para el servicio público. Durante la actual etapa de transición, se podrían observar brechas de cobertura y de prestación de servicios de salud, exponiendo a las poblaciones que ya de por sí reciben atención deficiente a más riesgos a la salud.

La estrategia de financiamiento del nuevo e incipiente sistema para la APS tiene vital importancia para poder de manera efectiva abarcar al tercio de la población que vive en las comunidades más rurales y pobres de Guatemala. Es necesaria una estrategia exitosa para financiar completamente la APS, para así lograr reducir las inequidades en el acceso a los servicios de salud, y para evitar la pobreza que sobreviene luego de los gastos catastróficos en materia de salud. Los recursos anuales para financiar una estrategia para la APS eficiente requeriría una cantidad mayor a la de EU\$6.67 per cápita (250 millones de quetzales, EU\$32 millones) que se asignan actualmente a 4.5 millones de la población que vive en áreas deficientemente atendidas.

En un estudio reciente realizado por el Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI) y la UNICEF se elaboró un estimado de la inversión necesaria para reducir la mortalidad materna en los ocho departamentos que presentan las tasas más altas de mortalidad en Guatemala. Los estimados de costos incluyen recursos humanos, infraestructura y equipo, medicinas y consumibles, transporte, sistemas administrativos e informáticos, así como hogares de espera materna para proteger a las mujeres embarazadas. Se estima que este plan para fortalecer el primer y segundo nivel de atención tenga un costo de 1.024 mil millones de quetzales (EU\$130 millones) en el año 2015, lo que equivale a gastos adicionales en salud de EU\$8.10 per cápita y representa 0,21 por ciento del PIB de Guatemala. Se estimó que un aumento en incrementos consecutivos de estos servicios tendría un costo de 2.924 mil millones de quetzales (EU\$372 millones) para el año 2022, lo cual equivale a un incremento en gastos para la salud de EU\$23.40 per cápita, representando una inversión equivalente al 0,40 por ciento del PIB. Según la UNICEF, estas inversiones lograrían una reducción del 60 por ciento de la mortalidad materna en los ocho departamentos prioritarios, así como mejoras substanciales en la salud a nivel nacional tanto materna como de recién nacidos (Contreras y Estrada, 2012).

El lento progreso en la mejoría de la salud materna en Guatemala no permitirá al país llegar a la MDM #5: reducir la proporción de mortalidad materna en un 75 por ciento para llegar a la cifra objetivo de 55 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos comparado con los 210 por cada 100.000 que se tienen registrados como cifra de referencia en el año 1990 (Conadur/Segeplán 2014). Los avances encaminados a mejorar la salud materna en todo Centroamérica han variado: desde 1990, Honduras ha presentado el porcentaje más alto (65 por ciento) de reducción en las proporciones de mortalidad materna, seguida de Nicaragua (49 por ciento) y El Salvador (40 por ciento). Es necesario que nuevos esfuerzos por mejorar la salud materna e infantil en Guatemala se centren en los marginados y los pobres, quienes a menudo viven en zonas remotas y rurales que cuentan con acceso limitado a servicios de atención a la salud. Los partos institucionales entre las madres indígenas son, según reportes, de un nivel tan bajo

como el 29 por ciento, comparado con el 70 por ciento entre mujeres no indígenas. La solución necesita de múltiples intervenciones que atiendan más que las causas clínicas de muertes maternas. La implementación de un paquete de intervenciones dirigido a aumentar la atención obstétrica institucional entre las mujeres indígenas en Guatemala está demostrando tener resultados prometedores. Estos servicios incluyen: un programa de capacitación basado en simulacros de bajo costo que se imparte con la ayuda de un simulador de nacimientos de baja tecnología para enseñar a los equipos de proveedores de atención a la salud cómo manejar una emergencia durante el parto; una campaña de mercadotecnia social dirigida por investigación para fomentar que las mujeres den a luz en clínicas, y no en sus hogares, y; establecimiento de una relación profesional con parteras con el objetivo de integrar a las parteras tradicionales con el sistema formal de atención a la salud (MBC, 2013).

Perú nos brinda algunas lecciones de utilidad. Se trata de un país que enfrentó retos similares a los que Guatemala enfrenta actualmente. Desde que Perú implementó la reforma del sector salud, sus servicios de salud han logrado alcanzar al 80 por ciento de su población, colocando al país en el camino hacia la cobertura universal en salud. Se trata de un avance significativo para un país de 30 millones de personas que se caracteriza por sus diversas culturas y una geografía accidentada, características que son similares a las que tiene Guatemala. El Sistema Integral de Salud del Perú ofrece seguro público subsidiado que da prioridad a poblaciones que viven en estado de pobreza y de pobreza extrema. El acceso a un Sistema Integral de Salud por parte de los pobres se ha incrementado de manera extraordinaria en los últimos años. En el 2004, tan solo 37 por ciento de la población del Perú estaba asegurada. Para el año 2010, los porcentajes de la población en estado de pobreza, pobreza extrema, y poblaciones no pobres que gozaban de seguro de salud eran del 72 por ciento, 80 por ciento, y 61 por ciento, respectivamente (INEI, 2010). El gasto total en salud per cápita en el Perú es de EU\$267 (comparado con los EU\$219 per cápita en Guatemala) y los gastos en salud pública representan únicamente 3,1 por ciento del PIB., y sin embargo, los logros del sector salud son admirables. La expansión de la cobertura de salud al nivel actual del 80 por ciento ha tenido un impacto positivo en la salud y supervivencia materna e infantil, logrando dos MDM incluso antes de tiempo: (1) la cantidad de mujeres que dan a luz en instalaciones de salud aumentó del 57 por ciento en el año 2000, al 89 por ciento en el año 2014 (y de 24 a 72 por ciento en zonas rurales). (2) Entre 1990 y 2013, la tasa de mortalidad materna bajó de 250 a 89 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, y la tasa de mortalidad infantil bajó de 80 a 17 muertes por cada 1,000 nacidos vivos (proyecto de Financiamiento y Gobernanza de la Salud 2015). Aunque no existe un camino único a seguir hacia la cobertura universal de la salud, el éxito logrado por Perú sigue una fórmula que consiste de una buena planeación y de creación de consensos, participación inclusiva de los sectores público y privado, y la consolidación de reformas legislativas.

4.5 Compras

En Guatemala, ni el MSPAS ni el IGSS operan bajo una separación tradicional de funciones. Ambas instituciones conservan funciones de agentes y de proveedores de servicios de salud. Ambas instituciones contratan y pagan a sus propios trabajadores de la salud por la prestación de servicios. El MSPAS compra bienes y servicios a diversos niveles administrativos. El IGSS mantiene un control centralizado de sus unidades administrativas.

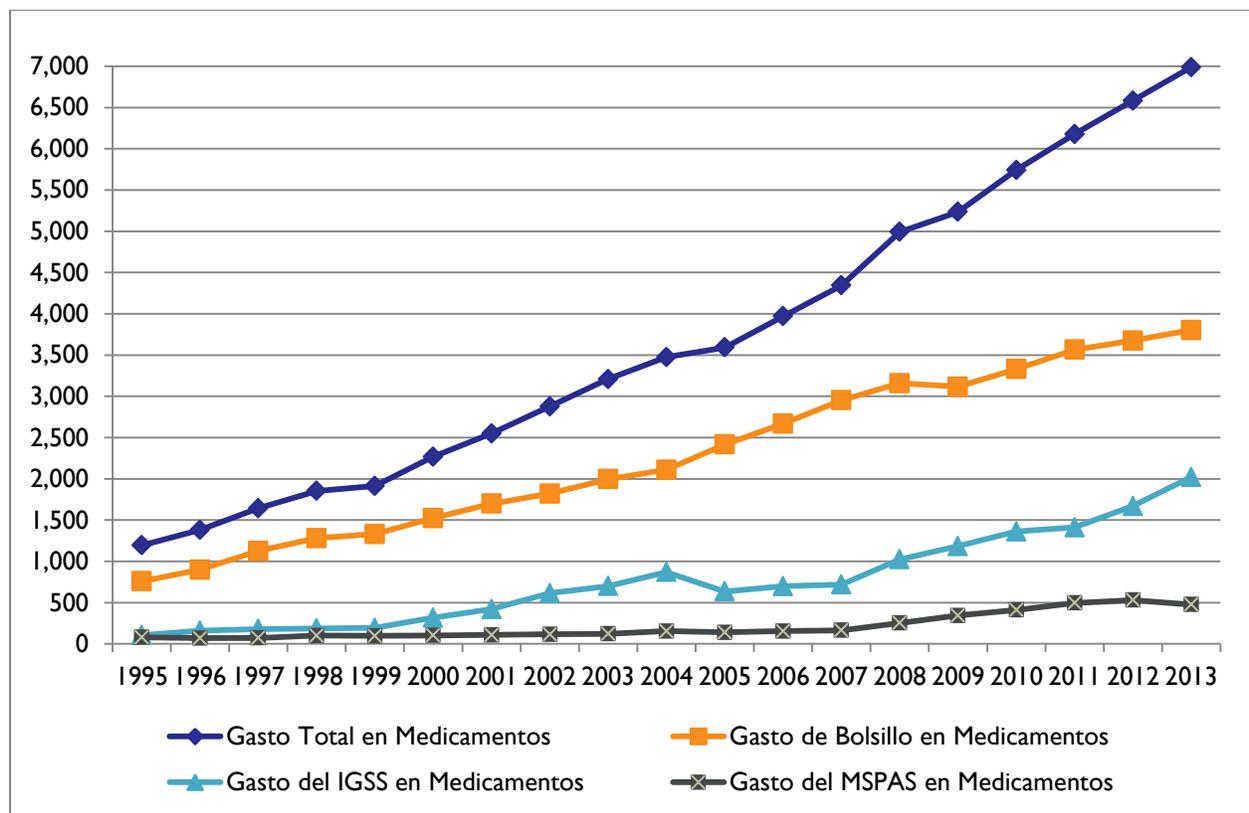
En Guatemala, la asignación más grande de recursos se dirige a la atención curativa, y sumó 17.952 millones de quetzales (EU\$2.285 miles de millones) en el año 2013, representando 73 por ciento del gasto total en salud, equivalente a 4,6 por ciento del PIB para ese año. Los gastos de salud del MSPAS para la atención curativa sumaron 2.180 millones de quetzales (EU\$277.5 millones) en el 2013, representando 44 por ciento del presupuesto total para la salud ejercido por el MSPAS en el año 2013. En contraste, los gastos en salud para la atención curativa del IGSS sumaron 4.090 millones de quetzales (EU\$520.5 millones) en el 2013, 87 por ciento del presupuesto de salud total ejercido por la seguridad

social para ese año. Los servicios hospitalarios representaron 4.497 millones de quetzales (EU\$572 millones) de la asignación total. En contraste, los gastos que según reportes fueron realizados para la prevención fueron de 376 millones de quetzales (EU\$48 millones) en el 2013, o 1,5 por ciento del gasto total en salud. La promoción de la salud y los servicios de prevención se encuentran limitados principalmente al sector público (ejecutados por el MSPAS) y, en menor medida, el Ministerio de Educación.

Debido a que la prestación de servicios de salud es una actividad que depende ampliamente de recursos humanos, los gastos que se realizan en ese renglón representan una partida principal del gasto, y sumó 5.908 millones de quetzales (EU\$752 millones) en el 2013, representando el 24 por ciento del gasto total en salud, igual al 1,4 por ciento del PIB. Los gastos en recursos humanos en el sector público de la salud sumaron un total de 3.937 millones de quetzales (EU\$500 millones), 45 por ciento de los gastos del sector público de la salud.

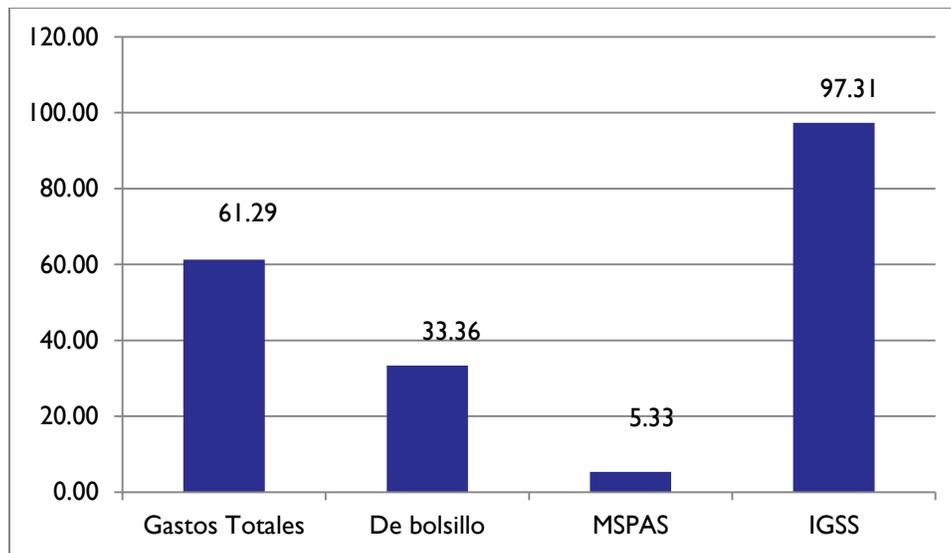
Otra partida principal de gasto la representan los fármacos. El gasto en medicamentos consumió 6.986 millones de quetzales (EU\$890 millones) en el 2013, lo cual representó 28 por ciento del gasto total en salud y fue equivalente al 1,8 por ciento del PIB. Sin embargo, el gasto gubernamental en fármacos representó tan solo 36 por ciento (2.511 millones de quetzales) del total de gastos. Como lo muestra la Figura 4.9, una cantidad cada vez mayor de gastos en fármacos se realizan a través de pagos de cuenta corriente reembolsable.

FIGURA 4.9. TENDENCIAS DEL GASTO EN MEDICAMENTOS EN GUATEMALA (MILLONES DE QUETZALES)



Los altos niveles de gastos de cuenta corriente reembolsable sugieren que más guatemaltecos están obteniendo sus medicamentos a través de farmacias del sector privado, en lugar de obtenerlos del MSPAS (Figura 4.10). El enorme consumo de medicamentos se encuentra mayormente desregulado ya que la mayoría de fármacos se venden sin receta médica. Además de mostrar la pequeña cantidad de fármacos que se adquieren a través del MSPAS, comparado con los que se compran del propio bolsillo, la Figura 4.10 muestra que los gastos del IGSS en medicamentos son 18 veces más de lo que gasta el MSPAS, pero el IGSS atiende a tan solo 23 por ciento de la población que atiende el MSPAS y presta tan solo una tercera parte de la misma cantidad de servicios ambulatorios (15.7 millones de visitas ambulatorias reportadas por el MSPAS en el 2012 (MSPAS, 2012b)).

FIGURA 4.10. GASTOS PER CÁPITA EN MEDICAMENTOS (EU\$), GUATEMALA 2013



Fuente: Adaptado de MSPAS, 2015c

En 1997, el gobierno de Guatemala lanzó un programa nacional de acceso a medicamentos (Programa de Accesibilidad a Medicamentos, PROAM) que se basaba en la operación de farmacias públicas dentro de los municipios que vendían medicamentos de bajo costo en zonas rurales (Decreto 69-98). PROAM realizó economías de escala y logró un importante crecimiento de los canales de distribución de fármacos, y mejoró el acceso a medicamentos en el país. Aproximadamente el 40 por ciento de las medicinas que ofrece el MSPAS son genéricas. La cantidad de farmacias afiliadas al programa incluye 923 servicios de ventas sociales de medicamentos, 1.043 farmacias o botiquines rurales, 81 farmacias municipales, y 41 farmacias estatales. El financiamiento de este programa llegó hasta 14 millones de quetzales (EU\$1.8 millones) en el 2013 (Becerril-Montekio y López-Dávila, 2011).

Los gastos totales en servicios de diagnóstico sumaron 1.818 millones de quetzales (EU\$231 millones) en el 2013, representando 7,3 por ciento del gasto total en salud.

Existe un retraso significativo en los proyectos de capital del sector público de la salud, debido a que la mayor parte del presupuesto para la salud es asignado a costos recurrentes. La infraestructura hospitalaria del MSPAS es obsoleta, y sin embargo no existen planes para la construcción de nuevas instalaciones. Además, los fondos destinados a mantenimiento y remodelación de instalaciones existentes son drásticamente insuficientes. El IGSS ha mejorado activamente su infraestructura, invirtiendo en ello 322 millones de quetzales (EU\$41 millones) en el 2013.

Bajo los dos sistemas, el del MSPAS y el del IGSS, existen sociedades público-privadas que operan a distintas escalas. El IGSS ha estado contratando prestadores privados de servicios para ampliar la cobertura de servicios. Desde el 2002, la población de asegurados del IGSS quedó asignada a una unidad médica de membresías; dichas unidades estaban a cargo de un sistema de referencias a prestadores privados de servicios. Estos servicios contratados le permitieron al IGSS ampliar la cobertura de servicios ambulatorios, y al mismo tiempo reducir la cantidad de puestos de salud que operaba y así mejorar en eficiencia.

El MSPAS fue pionero en contratar ONG para la prestación del paquete básico de servicios de APS dirigido a poblaciones vulnerables. Estos arreglos se hicieron al amparo del PEC a partir de 1997. Sin embargo, legislación del 2013 revirtió este curso y prohibió la contratación de proveedores del sector privado y el uso de mecanismos no gubernamentales para la administración de recursos del gobierno; en vista de ello, algunas de las experiencias positivas de contratar servicios a través del PEC se perderán. La prestación de servicios al amparo del PEC, bien manejada, representaba una oportunidad de lograr avances hacia el esquema de pago por resultados y participación comunitaria. Sin embargo, la capacidad institucional de monitorear el desempeño y exigir la responsabilidad de obtener resultados era débil. Prohibir la contratación de ONG es visto por algunos expertos como un importante paso atrás en el fortalecimiento de sociedades público-privadas, en refinar los convenios de nivel de servicio, y en general, en los pagos por resultados en general.

4.6 Mancomunicación de Recursos

La mancomunación de recursos en fondos públicos puede contribuir a lograr beneficios de equidad y acceso si los miembros saludables del grupo subsidian a los miembros enfermos, y los miembros prósperos subsidian a los pobres. El MSPAS y el IGSS son los dos principales mecanismos de mancomunación para proteger contra riesgos financieros en contra de un gasto oneroso en salud. Existen iniciativas para ampliar la cobertura del IGSS; de hecho, los altos niveles de gasto de bolsillo que se realizan durante la enfermedad en Guatemala debieran ser considerados como oportunidad para lograr que parte de este gasto de los hogares se convierta en mecanismos de prepago. Mancomunar estos recursos de atención a la salud distribuye el riesgo financiero entre un gran grupo de asegurados y reduce las posibilidades de que unos cuantos hogares incurran en altos costos de atención a la salud.

Para poder asegurar una expansión progresiva del acceso financiero a los servicios de salud, debe existir una priorización de servicios, con mecanismos para enfocarse en los grupos vulnerables. Para lograr una cobertura universal en salud, Guatemala debe presentar avances en tres áreas de vital importancia: expansión de los servicios prioritarios, enfoque hacia las poblaciones vulnerables, y reducción en los pagos de cuenta corriente reembolsable (OMS, 2014b). Para hacer esto, debe responder a las siguientes preguntas: ¿Qué servicios debe expandir primero? ¿A qué poblaciones debe cubrir primero? ¿Cómo se puede pasar de pagos de cuenta corriente reembolsable a un esquema de prepago mancomunado? Brindar protección contra riesgo financiero requiere que existan mejoras en el sistema de salud y también requiere de explorar formas de convertir los altos niveles de gasto de bolsillo en modelos de pre-pago.

Seguro social de salud: El IGSS está facultado por ley para cobrar aportaciones a patrones y empleados (del sector formal) con el objeto de apoyar y sostener la operación de un esquema de seguro social de salud. Los recursos que cobra el IGSS protegen a sus miembros en casos de contingencias ocasionadas por lesión, enfermedad, maternidad, incapacidad, y pensiones. Sin embargo, muchas empresas privadas que contribuyen al IGSS se ven en la necesidad de adquirir seguros de salud privados adicionales y complementarios debido a los largos tiempos de espera, retrasos en citas clínicas, y una percepción de calidad deficiente de los servicios que se prestan en las instalaciones del IGSS.

Además, por definición, un seguro para los trabajadores asalariados del sector formal no puede ser en pro de los pobres; la gradual expansión del IGSS ha creado también una brecha en el acceso a los servicios de salud entre los trabajadores de los sectores formal e informal.

Los gastos del IGSS en el 2013 fueron de 4.718 millones de quetzales (EU\$600 millones), que representaron 18 por ciento del gasto total en salud y fueron equivalentes al 1,2 por ciento del PIB. Sin embargo, esta cifra no refleja importantes diferencias en la asignación de recursos. El gasto anual per cápita por cada miembro del IGSS se estimó en EU\$227 en el año 2013. En contraste, el gasto anual per cápita del MSPAS (contando la población general sin acceso a algún esquema de seguro) se estimó en EU\$49 para el mismo año. Esto representa una de las mayores inequidades en la distribución de recursos para la salud en Guatemala; un miembro del IGSS recibe en promedio 4.6 veces más recursos que un miembro no-asegurado del público en general. Estas diferencias en la distribución de recursos se pueden traducir, en términos generales, en diferencias en cantidad y calidad, oportunidad de y acceso a servicios de salud.

Arreglos con seguros de salud comerciales privados: Existen una serie de proveedores de seguros médicos privados que amparan a más o menos 5 por ciento de la población (MSPAS 2010 y 2011). Los gastos en planes de seguro privados alcanzaron los 810 millones de quetzales (EU\$103 millones) en el 2013, lo que representó tan solo 3 por ciento del gasto total en salud y 0,2 por ciento del PIB. Existe una pequeña proporción de personas inscritas a planes voluntarios, y la mayoría de los planes de seguro de salud privados cuentan con el apoyo que les brindan los patronos a nombre de sus empleados y los ofrecen las grandes compañías en las ciudades principales.

4.7 Conclusiones y Recomendaciones

El gobierno de Guatemala podría mejorar el sistema actual de financiamiento de la salud mediante la implementación incremental de soluciones de alto impacto enfocadas a los grupos en desventaja a corto plazo, antes de embarcarse en una reforma estructural del sistema de salud, ello para mejorar el desempeño del sistema y eventualmente las condiciones de salud de la población. El objetivo a largo plazo es lograr un sistema que demuestre un alto desempeño en cinco áreas, que son: acceso, calidad, equidad, eficiencia, y sustentabilidad del sistema de salud. El equipo de análisis identificó tres problemas clave en el financiamiento de la salud que requieren atención especial en Guatemala: (1) mejorar las prácticas administrativas; (2) movilizar recursos adicionales para el sector salud, y; (3) planear e implementar una reforma del financiamiento de la salud. Para lograr equidad en el acceso a los servicios de salud y en los resultados de salud, Guatemala debe lograr una protección contra riesgo financiero y reducir el gasto de bolsillo. Implementar estas recomendaciones requiere de la creación de las condiciones adecuadas y la definición o aclaración de los papeles específicos que juegan las distintas partes interesadas; para hacer esto, podría ser necesario revisar el marco legal de las instituciones públicas actuales. Las instituciones gubernamentales que monitoreen el progreso de la reforma de finanzas para la salud se deberá fortalecer.

Corto Plazo

Hay una serie de características del sistema de financiamiento de la salud de Guatemala que requieren atención inmediata. El sistema para el financiamiento de la salud opera con débiles procedimientos estándar, carece de sólidos mecanismos para administración y contabilidad, y padece procesos presupuestarios y de planeación obsoletos. Estos problemas dan lugar a ineficiencias a todos los niveles, lo cual a su vez compromete aún más el acceso y la calidad de la atención.

Recomendaciones:

- 1. Fortalecimiento institucional y edificación de la capacidad administrativa:** Mejorar las prácticas administrativas resulta de vital importancia para poder lograr un mejor uso y asignación de recursos. La estructura y funciones institucionales del MSPAS deben permitirle desempeñar el papel de líder que establece para él la ley, y deben además permitirle realizar un efectivo y eficiente uso de recursos. Según la OMS, los administradores son elemento esencial de la fuerza de trabajo de la salud. Una buena administración es parte esencial de una entrega de servicio de calidad y para lograr los resultados de salud deseados. Para fortalecer la capacidad administrativa es necesario contar con un enfoque estratégico conformado por cuatro dimensiones interrelacionadas: cantidad y distribución de administradores, competencias, sistemas de apoyo administrativo, y ambiente de trabajo. Un sistema de información administrativa efectivo es necesario para permitir a los administradores tomar decisiones basadas en evidencia. Además, el MSPAS debe buscar oportunidades de integración y eficiencias con el IGSS y con Sanidad Militar, tales como realizar compras en volumen y mejorar los marcos actuales de los servicios de contratación entre instituciones. El gobierno de Guatemala debe implementar procesos administrativos transparentes y promover responsabilidad a todos los niveles.
- 2. Garantizar financiamiento para la atención primaria de la salud:** Dados los déficits presupuestarios de los últimos años, y la cancelación de los servicios del PEC, el gobierno de Guatemala debiera priorizar la asignación de recursos para fortalecer la APS en zonas rurales, y especialmente para quienes resultaron los más afectados por la cancelación del PEC. El presupuesto para la implementación inicial de la nueva estrategia para la APS, tan solo para el año 2015, se estimó en 167 millones de quetzales. El MSPAS debe asegurarse de que se asignen esos recursos a la APS, porque la cobertura y la salud de más de 4 millones de guatemaltecos desatendidos están en riesgo, y un proceso lento de transición podría traer consigo un serio desplome de la cobertura de servicios esenciales como lo son las inmunizaciones. Los recursos deben dirigirse a las comunidades con los indicadores más altos de mortalidad materna, retraso en el crecimiento, y los gastos per cápita en salud más bajos. Se debe otorgar prioridad a los programas específicos de salud dirigidos a atender las necesidades de las poblaciones vulnerables y programas prioritarios como los de salud reproductiva y nutrición. Financiamiento adicional podría hacer posibles inversiones en infraestructura en las zonas rurales, y deben atender las recurrentes faltas de inventario de medicamentos y suministros. Implementar un sistema efectivo de referencia y un sistema de transporte que dé servicio en las zonas rurales es un elemento de vital importancia para la APS, y sin embargo es frecuentemente ignorado.
- 3. Implementación e impulso a un laboratorio de ideas sobre el financiamiento de la salud:** Debe haber un "think-tank" o laboratorio de ideas externo al MSPAS y al gobierno que ayude a desarrollar políticas de financiamiento de la salud para el sistema de salud de Guatemala. Una participación informada de la sociedad civil en el desarrollo de estrategias para generar ingresos, mejorar la asignación de recursos y compras estratégicas, y establecer prioridades en salud podría contribuir a la alineación de planeación del gobierno y del MSPAS con la planeación de desarrollo nacional. La participación activa de actores externos en la elaboración de políticas contribuiría a sostener discusiones objetivas acerca de las políticas en de financiamiento de la salud, a la vez que brindaría un marco de estabilidad durante los cambios de administración. Un laboratorio de ideas para el financiamiento de salud podría servir de apoyo para el desarrollo de un plan estratégico para el financiamiento de salud, y podría plantear propuestas de reforma como podría ser un esquema de seguro de salud para el sector informal. Reformas de esa naturaleza hacen necesario separar las funciones de compras y de prestación del servicio dentro del MSPAS, definir y costear un paquete de servicios, contar con mecanismos de pago para proveedores bien definidos, y preparar a los prestadores de servicios para su contratación. Un laboratorio de ideas podría además complementar

las estrategias actuales mediante el costeo de un plan estratégico, por ejemplo, y contribuiría a hacer responsables a las instituciones públicas de asignar recursos con vistas a mejorar la equidad y proteger a los grupos marginados.

Mediano plazo

La falta de fondos suficientes para el sector público de la salud fue un elemento que con frecuencia mencionaron las parte interesadas entrevistadas para el análisis como la causa de raíz de una serie de fracasos en Guatemala: no brindar cobertura universal de salud, especialmente en zonas rurales; la desaparición del PEC, y; los limitados niveles de atención en los puestos de salud de las zonas rurales debido a la falta de sistemas de referencia y contra-referencia, y las frecuentes faltas de inventarios de medicamentos y otros suministros de vital importancia para la atención de la salud. El gasto en el sector salud en general representó el 6,3 por ciento del PIB del país, y el sector público contribuye únicamente con 2,3 por ciento de ese indicador. Aunque se requieren estimaciones precisas del nivel de fondos necesarios para poder adecuadamente ofrecer atención a la salud a todos los habitantes que aún no cuentan con servicios de salud, según partes interesadas entrevistadas, los presupuestos aprobados generalmente son menores a los solicitados, y los recortes tienen como consecuencia menor suministro de medicinas y otros materiales que se requieren en los centros y puestos de salud rurales.

Recomendaciones:

- 1. Implementar una estrategia para movilizar recursos para el sector:** El gobierno de Guatemala gasta menos en atención a la salud que sus vecinos regionales, que trae consigo grandes gastos de bolsillo que afectan desproporcionadamente a los pobres, y que alimentan el gasto catastrófico en salud. Una estrategia integral para movilizar recursos debiera poder lograr compromisos políticos para un crecimiento sostenido y sistemático del financiamiento gubernamental de la salud para pasar de su nivel actual del 2,1 por ciento del PIB a cuando menos el promedio regional, que es del 3,2 por ciento, en el transcurrir de los próximos 10 años. Guatemala debe ampliar el espacio fiscal para la salud, y para ello deberá evaluar distintas opciones, entre las que se encuentran las siguientes: incrementos en general en los ingresos gubernamentales, priorizar la salud dentro del presupuesto gubernamental, organizar y alinear la ayuda internacional específica para la salud, y mejorar la eficiencia de las instituciones públicas mediante la implementación de mecanismos estratégicos de compras. Se deben volver a considerar opciones en el campo fiscal para financiar el sistema de salud, incluyendo la opción del impuesto sobre las bebidas alcohólicas, los productos del tabaco, bebidas endulzadas, y alimentos con altos contenidos de grasa, sodio, azúcar que han sido identificados con el alto consumo calórico y los altos niveles de obesidad y otras enfermedades no transmisibles.
- 2. Mejorar la efectividad y eficiencia del Sistema de atención a la salud:** Con el paso de los años ha crecido un sistema de financiamiento de la salud fragmentado y con énfasis en servicios curativos, lo cual crea superposición de esquemas, agentes financieros, y proveedores. Los mecanismos de financiamiento públicos y privados que existen actualmente no se complementan entre ellos; además, persisten las ineficiencias al interior de cada una de las instituciones de financiamiento. Una centralización pronunciada, presupuestos por partida, y falta de mecanismos para costear servicios han ocasionado una falta de respuesta por parte de los proveedores a las necesidades locales. Aún con la creación de sociedades público-privadas al amparo del PEC, los mecanismos de supervisión, contratación, pago y responsabilidad, y en general la interacción entre compradores y proveedores era deficiente y se fue deteriorando cada vez más. Una mejor capacidad de los proveedores de celebrar contratos, especialmente aquellos dirigidos a grupos en desventaja, es precursor importante para los sistemas de seguro de salud. En vista del trabajo histórico con base en los presupuestos por partida y la poca importancia dada a la eficiencia, los hospitales públicos y

privados deben mejorar sus operaciones, fortalecer su administración, y desarrollar centros de costeo.

- 3. Pagar por resultados e implementar incentivos basados en desempeño:** Implementar sistemas de pago que integren incentivos basados en desempeño a los proveedores ha demostrado ser una forma exitosa de mejorar la eficiencia y los resultados en salud. Los sistemas para monitorear el desempeño de los proveedores deben ligar los incentivos con los indicadores de instalaciones de salud y comunitarios. Los incentivos para los trabajadores de la salud y otros trabajadores capacitados son necesarios para poder obtener una distribución más equitativa de la fuerza de trabajo.

Largo Plazo

Una estrategia de largo plazo para el financiamiento de la salud debe estar alineada con las metas y prioridades que establece el Plan K'atun 2032. La Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) desarrolló un Plan Nacional de Desarrollo a 20 años de nombre K'atun Nuestra Guatemala 2032, que representa una visión integrada y a largo plazo del gobierno para el país. La palabra K'atun se refiere al concepto maya de conectar el pasado, presente y futuro en un proceso de desarrollo social. Ofrecer servicios universales en salud es clave para el desarrollo social nacional. El Plan K'atun establece la agenda nacional y define estrategias para lograr un desarrollo social y económico sostenible en Guatemala a la vez que protege los recursos naturales y el medio ambiente. El Plan subraya la protección social como estrategia para el desarrollo tanto individual como de la sociedad, y prioriza la desnutrición (es decir, retrasos de crecimiento, deficiencias nutricionales de micronutrientes, y obesidad). Reducir los altos niveles actuales de desnutrición crónica entre los niños menores de cinco años de edad, y particularmente los niños menores de dos años de edad, con énfasis sobre los grupos en riesgo de vulnerabilidad nutricional y riesgo alto de desnutrición, ocupa un alto lugar en las prioridades del gobierno de Guatemala. El Plan K'atun establece como prioridad atender adecuadamente a las madres, infantes y niños, para reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil. El plan promueve la transformación del modelo de atención a la salud para reducir la morbilidad y la mortalidad entre la población en general, así como acciones enfocadas a las personas para incrementar el bienestar de la población. Las recomendaciones en materia de financiamiento de la salud realizadas por el equipo del HSA están en línea con este plan de desarrollo nacional con el objeto de ofrecer a todos los ciudadanos de Guatemala el acceso a una atención de la salud asequible, equitativa, efectiva y eficiente.

Recomendaciones:

- I. La cobertura universal en salud es fundamental para un mayor desarrollo en Guatemala:** Brindar servicios universales en salud es pieza clave para el desarrollo social nacional. La salud y el desarrollo económico se encuentran intrínsecamente ligados, y la salud ha sido caracterizada como un prerrequisito para el desarrollo. En efecto, la evidencia demuestra que la falta de una mejoría en las condiciones de salud lleva a los países a una trampa de pobreza. La relación entre los ingresos y la salud es un elemento que ha quedado bien documentado, y la salud es un determinante del capital humano que contribuye a incrementar el potencial de productividad de un individuo, de sus ingresos y su crecimiento económico. La visión de largo plazo del sistema de salud de Guatemala debe incorporar reformas que avancen por "caminos progresivos" hacia la cobertura universal en salud, es decir, aquellos caminos que prioricen ofrecer cobertura a los pobres desde su comienzo.

2. **Ampliar la protección financiera a través de seguro social de salud** para los pobres y para la población del sector informal con el fin de reducir la inequidad en la distribución de recursos es un enfoque prometedor que ha demostrado tener éxito para poder avanzar hacia una cobertura universal de la salud en países como Chile, Tailandia, México y Colombia. Un esquema de seguro social de salud debe incluir un paquete asequible de servicios esenciales de salud dentro del espacio fiscal de Guatemala y tal como lo establece su Constitución Política. Esquemas de seguridad social para la salud como estos contribuyen a proteger a la sociedad así como la provisión de servicios esenciales de salud.
3. **Asegurar la sustentabilidad del Sistema de salud en el largo plazo** no solamente mediante la mejora de las funciones de financiamiento de la salud (recaudación de ingresos, mancomunación de riesgos, y compras estratégicas), sino también invirtiendo en prevención. El diseño e implementación de un esquema de seguro social para toda la ciudadanía es una manera racional de ofrecer servicios de salud con base en evidencia, de alto impacto en la salud, y que responden a las prioridades nacionales de Guatemala. Esto también representa una oportunidad de proteger a las personas que viven en pobreza brindándoles seguros de salud y aprovechando al máximo los mecanismos de mancomunación de riesgos que implementen el principio de solidaridad social. Sin embargo, la estimación de costos de un paquete de servicios de salud representa tan solo una parte de la fórmula; la otra parte tiene que ver con el diseño de una plataforma de financiamiento que asegure asequibilidad, pago oportuno, y sustentabilidad a largo plazo. Para garantizar la sostenibilidad financiera es necesario un equilibrio correcto entre recaudación de ingresos provenientes de distintas fuentes (impuestos, aportaciones salariales, subsidios, etc.), y los gastos esperados por servicios que demandan los beneficiarios inscritos en un plan de seguro público.

5. PRESTACION DE SERVICIOS

5.1 Panorama de la Prestación de Servicios

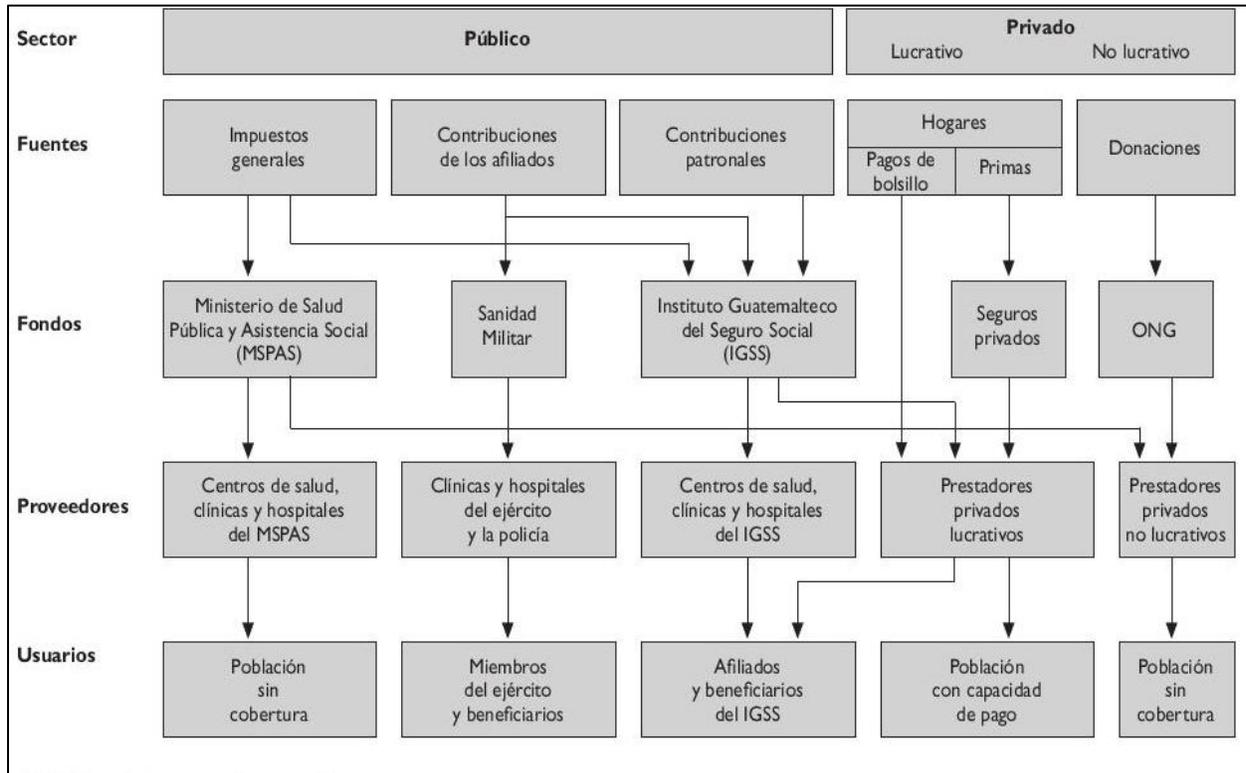
La prestación de servicios de salud se define como “la manera en que los insumos y los servicios se organizan y administran para asegurar acceso, calidad, seguridad y continuidad de la atención en todos los distintos padecimientos de salud, en diferentes lugares, a través del tiempo” (OMS, 2007). El presente capítulo ofrece, primero, una vista panorámica de la infraestructura del sistema de salud actual de Guatemala, y de la manera en que se organiza la prestación de servicios entre los principales proveedores de servicios de salud (el MSPAS, IGSS, y el sector privado), con especial atención a la red de servicios del MSPAS. El análisis se enfoca en resultados de la prestación de servicios, resaltando las brechas de acceso a servicios de salud y las inequidades entre las poblaciones rurales, indígenas, y sus contrapartes urbanas, no-indígenas, así como en otros aspectos de la prestación de servicios, incluyendo la utilización, demanda y calidad de los servicios de atención a la salud. Después, el capítulo cierra con un resumen de conclusiones y recomendaciones. Finalmente, el presente análisis resalta que las redes existentes para la prestación de servicios no ofrecen una cobertura adecuada de los servicios esenciales, y que la atención primaria de la salud (APS), particularmente en las zonas rurales, debe ser fortalecida y priorizada para lograr resultados de salud mejores y más equitativos.

5.2 Organización de Redes de Prestación de servicios de Salud

Los servicios de atención en Guatemala se prestan a través de los sectores público y Privado (Figura 5.1). El MSPAS es el principal proveedor de servicios públicos, junto con dos sistemas de seguros públicos: 1) El IGSS, que ampara aproximadamente a 17,5 por ciento de la población que trabaja en el sector formal de la economía y a sus dependientes, y; 2) la Sanidad Militar, que presta servicios a aproximadamente 0.5 por ciento de la población que forma parte de las Fuerzas Armadas.

En el sector privado, los servicios los entregan proveedores con fines de lucro, y sin fines de lucro, que incluyen a OSC, Organizaciones Religiosas, y prestadores tradicionales locales (OMS, 2014a). A pesar de los altos niveles de uso en el sector privado, el seguro privado de la salud ampara a menos del 5 por ciento de la población (MSPAS, 2010). Mientras el MSPAS es el encargado de prestar servicios al más o menos 75 por ciento de la población que no tiene ningún tipo de seguro de salud, y de hecho por ley debiera prestar servicios sin costo a todos los ciudadanos, la red de atención de servicios de salud del ministerio es inadecuada para cubrir de manera efectiva a la población. Esto ocasiona que muchos renuncien a recibir la atención y recurran a gastos de bolsillo para pagar servicios del sector privado.

FIGURA 5.1. SISTEMA DE SALUD DE GUATEMALA



Fuente: Becerril-Montekio 2011

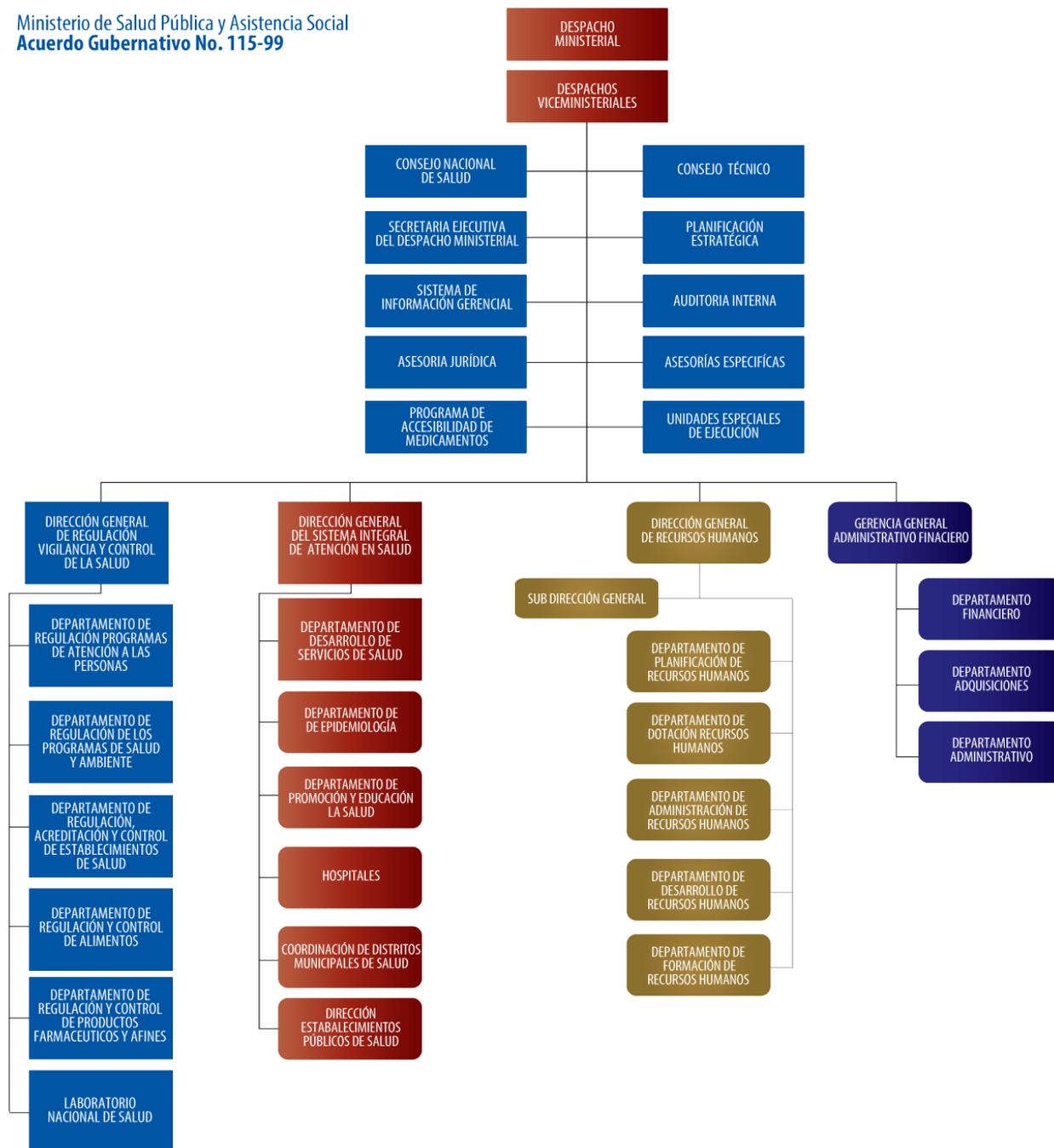
De acuerdo a lo que manifestaron un gran número de las partes interesadas entrevistadas para el HSA, existe un nivel mínimo de coordinación entre el MSPAS, el IGSS, Sanidad Militar y el sector privado. Numerosos entrevistados y reportes revisados indicaron que las unidades dentro de las instituciones de salud también se encuentran desarticuladas y funcionan independiente una de la otra; los hospitales, por ejemplo, no tienen comunicación de rutina con otros hospitales para coordinar la atención a los pacientes (Becerril-Montekio and López-Dávila 2011). Mientras el IGSS subcontrata algunos servicios con el sector privado, el MSPAS se ha alejado de la contratación de ONG luego de la cancelación del Programa de Extensión de Cobertura (PEC).

5.2.1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

En 1996, Guatemala inició una serie de reformas al sector salud que incluyeron la descentralización de las regulaciones administrativa y financiera del sistema de salud con el objeto de mejorar eficiencias (PAHO, 2012). A nivel central, el MSPAS está a la cabeza de todos los procesos de atención de la salud definidos en las políticas en salud nacional de Guatemala, regula la fuerza de trabajo de la salud, y monitorea las finanzas de sus oficinas de área de salud (PAHO, 2007a). La Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud supervisa las oficinas de área de salud y todas las instalaciones públicas no-hospitalarias dentro de las áreas de salud, mientras la Coordinación de Hospitales supervisa todos los hospitales públicos. Tanto la Dirección de Hospitales como la Dirección de Servicios de Atención a la Salud le reportan al Vice Ministro de Prestación de Servicios de Salud. La Figura 5.2 muestra la estructura organizacional para la administración del sistema de salud, tal como la concibe el gobierno.

FIGURA 5.2. MAPA ORGANIZACIONAL DEL MSPAS

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Acuerdo Gubernativo No. 115-99



Existen 29 Direcciones de Área de Salud (DAS) del MSPAS que le reportan a la oficina central. Cada DAS conforma una unidad administrativa que funciona como intermediaria entre el nivel central y las instalaciones locales de salud. Las DAS son responsables de planear, ejecutar, supervisar y evaluar los servicios y programas de salud del sector público, y coordinar la distribución de medicamentos y otros insumos de la salud a niveles distrital y sub-distrital. Las DAS supervisan las oficinas de salud distritales que administran y supervisan los centros de salud y puestos de salud de sus respectivos distritos (Bossert et al. 2003). Mientras los hospitales de distrito ubicados dentro de las áreas geográficas de actuación de un área de salud se encargan de coordinar con la DAS los hospitales normalmente son su propia “unidad administrativa” con presupuesto autónomo, y reportan directamente al nivel central, en lugar de reportar al área de salud.

La Red de Entrega de Servicio del MSPAS se puede dividir en niveles primario, secundario y terciario, como lo establece el Plan Estratégico 2010-2014 y se muestra en la Tabla 5.1. El MSPAS tiene una red de 51 hospitales que ofrecen una variedad de servicios de especialidad y ambulatorios, 1.302 establecimientos de atención secundaria, y 1.302 instalaciones de atención primaria excluyendo a Centros de Convergencia, que quedaron cerrados luego de la cancelación del PEC⁵. Mientras la intención es que el nivel de atención primaria sea el punto de entrada al sistema de salud, en la práctica, los mecanismos de referencia y contra-referencia son débiles y los pacientes pueden saltarse los puestos de salud e incluso los establecimientos secundarios en busca de servicios directamente en los hospitales.

**TABLA 5.1. INFRAESTRUCTURA DE SALUD DEL MSPAS
POR NIVEL DE ATENCIÓN Y TIPO DE INFRAESTRUCTURA⁶**

Nivel de Atención	Tipo de Establecimiento	Cantidad de Establecimientos
Primario	Centro de Convergencia	2.220
	Puesto de Salud	1.302
Secundario	Centro de Salud	902
	Centro de Salud con Especialidades	21
	Clínica Móvil	379
Terciario	Hospital nivel 1	13
	Hospital nivel 2	32
	Hospital nivel 3	6

Fuente: MSPAS, 2014b

Los establecimientos de atención secundaria son atendidas por médicos, enfermeras y, en algunos casos, especialistas. Los Centros de Atención Integral materno Infantil (CAIMI) ofrecen atención integral materna las 24 horas del día (PAHO, 2007a). Los CAIMI prestan una amplia gama de servicios de APS atendiendo tanto partos “normales” como complicados. Cuentan con la capacidad para intervenciones quirúrgicas como la cesárea y procedimientos para atención post-aborto, pero no cuentan con acceso a tecnología más sofisticada y equipo como bancos de sangre; los casos de morbilidad materna y neonatal se refieren al hospital. Además de los CAIMI, existen Centros de Atención Permanente (CAP) ubicados en los municipios que también permanecen abiertos 24 horas al día. Estos ofrecen servicios de APS,

⁵ Las informales y rudimentarias instalaciones conocidas como Centros de Convergencia, antes operados por ONGs, ahora se encuentran cerrados a consecuencia de la cancelación del PEC, tal y como lo describe la sección sobre Gobernanza y el resto de este capítulo. Se podrá encontrar un análisis sobre el efecto del cierre de dicho programa sobre el acceso geográfico a servicios de salud en la Sección 5.4.3.

⁶ El equipo del HAS recibió cifras discrepantes en cuanto a la cantidad de instalaciones de las distintas fuentes. Se representan aquí las cifras según el Plan Estratégico del Sector Salud Nacional 2014-2019.

atienden partos, y cuentan con camas para hospitalizaciones de corto plazo para enfermedades no complicadas. También al nivel secundario se encuentran las clínicas móviles; se trata de amplios vehículos que se pretendía colocar en áreas donde había poco acceso a unidades de salud para poder ampliar la APS en general y los servicios dentales a las poblaciones vulnerables. Estas clínicas móviles son responsables de referir casos complicados a las instalaciones de salud de nivel más alto. Sin embargo, las partes interesadas entrevistadas reportaron que tienen un mal desempeño para prestar servicios y referir pacientes, y que de hecho no son móviles. En algunos casos, las clínicas móviles están ubicadas demasiado cerca a la instalación de salud, en cuyo caso los pacientes tienden a buscar servicios directamente en los establecimientos de salud.

Al nivel primario, el personal de los puestos de salud generalmente está compuesto de uno o dos auxiliares de enfermería que cuentan con el apoyo de un equipo de voluntarios comunitarios que incluyen facilitadores comunitarios y comadronas (Hernández et al. 2014). Las entrevistas con partes interesadas y los reportes del análisis resaltaron los papeles centrales que juegan los facilitadores comunitarios, quienes ofrecen atención básica en áreas remotas (es decir, terapia de rehidratación oral, administración de medicamentos intravenosos, y suturas). Se encuentran capacitados para identificar los síntomas de riesgo (es decir, presión arterial alta durante el embarazo, hemorragia post-parto, e infecciones respiratorias), y para trabajar en colaboración ya sea con un hospital nacional, centro de salud, puesto de salud, dispensario u ONG). Los facilitadores comunitarios son residentes de las comunidades que atienden, y apoyan al sistema de salud monitoreando la salud a nivel comunitario y refiriendo casos complicados a los establecimientos de salud.

FIGURA 5.3. PUESTO DE SALUD EN ALTA VERAPAZ



Fuente: Rhea Bright, USAID

Programa de Extensión de Cobertura

Como parte de la reforma del sector salud iniciada con los Acuerdos de Paz, en 1997 el MSPAS comenzó a contratar ONG en el marco del PEC con el objeto de ampliar los servicios básicos preventivos y curativos para abarcar a las poblaciones desatendidas de las zonas rurales y remotas. El programa creció rápidamente, y en su mejor época, en el 2008, llegaba a un estimado de 4.5 millones de habitantes con paquetes básicos de servicios de salud que incluían lo siguiente:

- ▶ Atención integrada para mujeres durante el embarazo, nacimiento, y postparto; suplementos nutricionales; planificación familiar, y; detección de cáncer cérvico-uterino y de mama.
- ▶ Atención infantil y preescolar incluyendo inmunizaciones, control de la diarrea e infecciones respiratorias, y nutrición y monitoreo del crecimiento para niños menores a dos años de edad.

- ▶ Atención a enfermedades y urgencias, incluyendo malaria, cólera, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, fracturas y quemaduras.
- ▶ Atención ambiental incluyendo control de vectores y promoción de disposición de desechos; educación en higiene (Lao Peña et al. 2013).

Sin embargo, con el pasar de los años, el apoyo al programa fue reduciendo. Según una evaluación, "a pesar de sus aportaciones, el PEC ha permanecido altamente dependiente de las prioridades de cada administración y el contexto político-económico que prevalece, particularmente en lo que se refiere a la impresión que se tiene sobre contratar los servicios a entidades no gubernamentales" (Lao Peña et al. 2013). Otros mencionaron que los Centros de Convergencia no contaban con personal permanente y que el paquete de beneficios incluía apenas servicios básicos para mujeres y niños, considerando que esto representó un factor que contribuyó a la segmentación del sistema de salud, creando inequidad para las distintas poblaciones (Macq et al. 2008; Contreras and Estrada 2012). Según una cifra mencionada con frecuencia por funcionarios del MSPAS que decidieron cancelar el programa, los costos per cápita de ofrecer servicios a través del PEC eran tres veces más altos que prestarlos a través de las instalaciones del MSPAS (Molina et al. 2015). Finalmente, entre críticas y acusaciones de ineficiencias y falta de responsabilidad en los contratos del PEC, en 2013 se aprobó una legislación mediante la cual se prohibía subcontratar servicios de salud a ONG, siguiendo a esto la cancelación del PEC en el 2014. Varias de las personas entrevistadas indicaron que además de los motivos antes mencionados, el PEC fue desmantelado como respuesta a la grave deuda financiera acumulada por el MSPAS para pagar los contratos con las ONG, que se agravó con los recursos financieros aún más limitados que en los años previos.

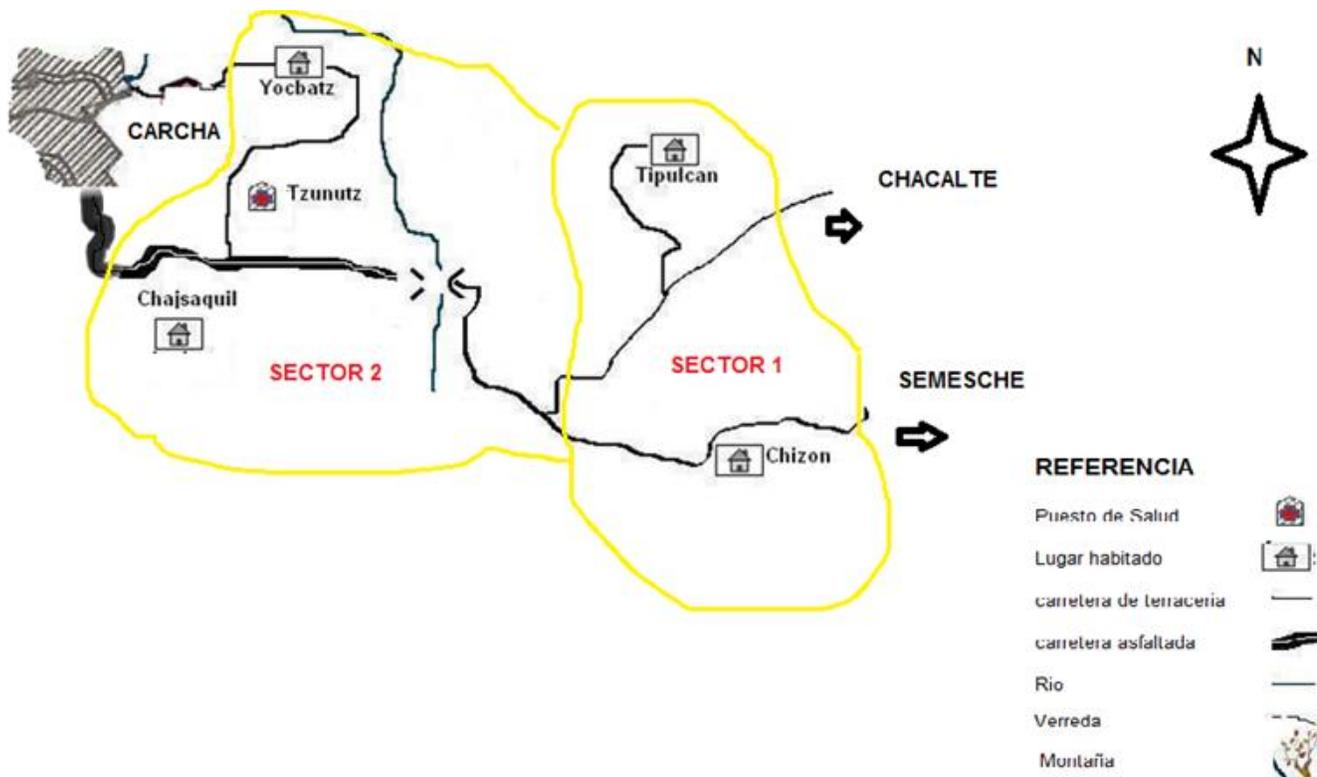
Nueva estrategia de atención primaria en salud

En abril del 2015 la oficina central del MSPAS convocó a una reunión de todos los directores de área de salud para lanzar una nueva estrategia de APS. Aunque todavía no está claro qué tan extenso ha sido el lanzamiento, la nueva estrategia de APS pretende sustituir los servicios de APS a nivel comunitario que anteriormente eran implementados por ONG a través del PEC. Se pretende que ésta red fortalezca y desarrolle los servicios de APS enfocándose a la promoción, prevención, vigilancia de enfermedades epidemiológicas, deficiencias nutricionales, priorización de mujeres embarazadas, lactantes, y niños menores de dos años de edad, sin desatender el ambiente familiar o comunitario (MSPAS, 2015a). La nueva estrategia adopta la meta de la APS integral⁷ como lo establece la Declaración de Alma Ata de 1978 y la "Renovada Atención Primaria de la Salud" de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), 2007, y toma mucho de dos estrategias exitosas basadas en la comunidad que han sido implementadas en Guatemala en los últimos diez años: el Modelo Incluyente de Salud (MIS), y la ONG TulaSalud con su asociación público-privada y su enfoque de salud móvil en Alta Verapaz. Ambas han contribuido a mejorar el acceso a los servicios y a mejorar los resultados en salud (Fort 2011; Aldana et al. 2014).

⁷ Una APS completa, tal y como la define la PAHO, es una "estrategia para organizar sistemas de atención a la salud y para que la sociedad promueva la salud". La APS brinda acceso y es asequible a nivel universal; "es el primer nivel de contacto con las personas, la familia y la comunidad... y trae la atención a la salud tan cerca como es posible, hasta donde las personas viven y trabajan". La APS selectiva, por el contrario, pone énfasis en un conjunto particular de servicios de salud dirigidos a los pobres, "una cantidad limitada de servicios de alto impacto para atender algunos de los retos más predominantes en los países en desarrollo" (PAHO, 2007b)

En el marco de la nueva estrategia para la APS, las áreas de salud están experimentando una reorganización de territorios para asegurar que cada puesto de salud cuenta con un área geográfica de actuación que no sea mayor de 5.000 habitantes (MSPAS, 2015a). Se espera que estos territorios se subdividan aún en dos sectores, cada uno de aproximadamente 2.500 habitantes (aparece una muestra en la Figura 5.4). Se pretende que los sectores reciban apoyo directo de los facilitadores y comadronas comunitarias.

**FIGURA 5.4. REORGANIZACIÓN TERRITORIAL:
EJEMPLO DE ALTA VERAPAZ**

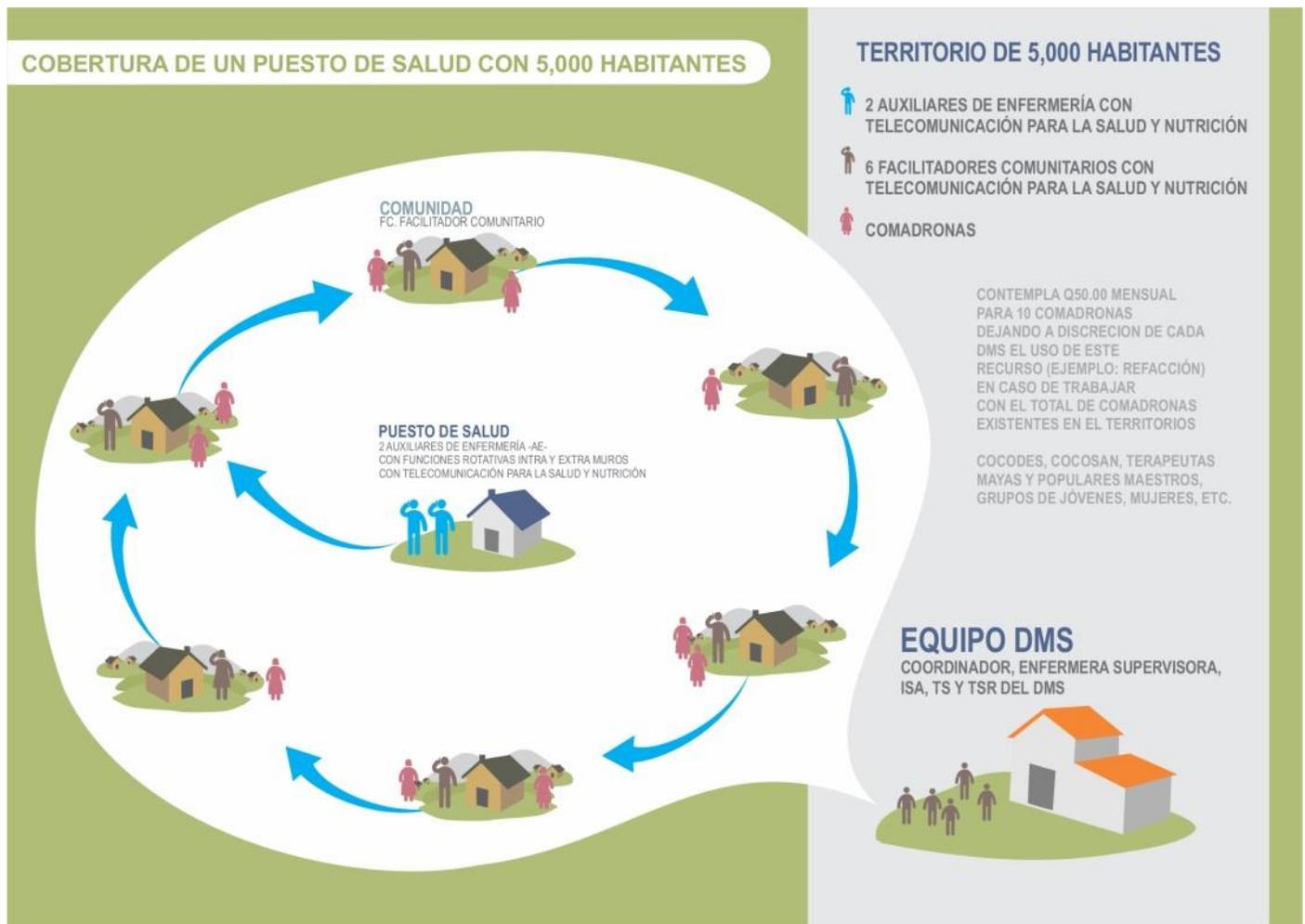


Fuente: MSPAS, 2015a

Las auxiliares de enfermería deberán rotar entre trabajar en un establecimiento de salud y en la comunidad realizando visitas de servicios de asistencia en los dos sectores. Esta nueva estrategia le fue presentada al equipo del HSA y pretende lograr cobertura para más de 5 millones de personas a nivel nacional y especialmente en zonas rurales que antes estaban cubiertas a través del PEC. Cada puesto de salud deberá recibir el apoyo de dos auxiliares de enfermería, facilitadores comunitarios, y 10 comadronas (muchos menos trabajadores de la salud de los que tienen actualmente los puestos de salud en el marco del MSPAS) (ver Figura 5.5).

La telemedicina se ve también como parte integral de la nueva estrategia propuesta del MSPAS. Auxiliares de enfermería y facilitadores comunitarios recibirán teléfonos móviles equipados con la plataforma del sistema de información Kawok e incluso con capacidad para WhatsApp, video, fotografía, mensajes e Internet con el fin de mejorar el intercambio de información entre los facilitadores comunitarios y los trabajadores de la salud que trabajen desde los establecimientos⁸. El MSPAS adquirirá teléfonos móviles a través de contratos con la Fundación de una empresa de telecomunicaciones. El empleo de tecnología móvil para identificar, monitorear y referir pacientes a las instalaciones de salud ha contribuido a reducir el número de muertes maternas en las comunidades de Alta Verapaz (Aldana et al. 2014).

FIGURA 5.5. DIAGRAMA DE PROPUESTA DE COBERTURA DE INSTALACIONES DE MSPAS



Fuente: MSPAS 2015a

⁸ Se podrán encontrar mayores detalles acerca de Kawok en el capítulo de Sistemas de Información de Salud.

Es aún temprano para juzgar si esta nueva estrategia podrá sustituir adecuadamente y de manera oportuna los servicios anteriormente prestados por el PEC, o lograr las ambiciosas metas de una APS integral. Como se comentó en el capítulo sobre Gobernanza, no está claro incluso si llegará a sobrevivir al cambio de administración del año 2016. Finalmente, cualquier cambio en la organización de los servicios APS en zonas rurales deberá estar acompañado de los recursos financieros, técnicos y humanos necesarios para una efectiva implementación y prestación de servicios.

Sistema de Referencias

Informantes clave en todos los niveles del sistema de salud reportaron que no existe un sistema de referencias funcional entre cualquiera de los niveles, ya sea en términos de rastrear pacientes o transportarlos. Los entrevistados reportaron que todos los centros de salud debieran contar con una ambulancia, pero en algunos casos no es así. Algunas de las que hay no funcionan por problemas mecánicos o por falta de combustible (un entrevistado explicó que en un inventario de 19 ambulancias del antiguo PEC en Alta Verapaz se encontró solamente una que funcionaba). No hay centros de llamadas y tampoco un sistema coordinado para aquellas instalaciones que no cuentan con ambulancia. Los pacientes que necesitan ser trasladados desde un centro de salud a un hospital son responsables de su propio transporte, sin importar el estado de salud en que se encuentren.

En los puestos de salud no hay ambulancias, si no que los miembros de la comunidad trabajan juntos para hacer algún arreglo con amistades, facilitadores comunitarios, o con el comité comunitario para organizar transporte de emergencia en camionetas tipo “pick up” o cualquier otro vehículo que haya disponible en la comunidad. Informantes clave reportaron que los facilitadores comunitarios son instrumentales en el proceso de referencia a nivel comunitario.

Un entrevistado compartió una anécdota especialmente reveladora que resaltó los retos que enfrentan los facilitadores comunitarios: en una emergencia: un facilitador comunitario de Alta Verapaz viajó desde un centro de salud hasta un hospital departamental con una mujer que estaba teniendo un parto complicado. El hospital departamental refirió el caso a un hospital regional y luego a un hospital nacional en Ciudad Guatemala. El facilitador comunitario acompañó a la mujer durante todo el proceso pero, desafortunadamente, al recién nacido se le pronunció muerto en el hospital nacional ocho días después del día en que la mujer buscó atención por primera vez. Luego de fallecido el infante, el facilitador comunitario acudió al MSPAS y a la comisaría, llenó todos los papeles necesarios para reportar el caso de mortalidad del infante, y compró una caja de madera y una sábana blanca, gruesa, para transportar el cuerpo del infante de regreso en autobús público. En total, el facilitador comunitario estuvo nueve días viajando con este paciente y con el esposo del paciente desde el departamento hasta el hospital regional al hospital nacional y de regreso.

FIGURA 5.6. AMBULANCIA - ALTA VERAPAZ



Foto: Rhea Bright, USAID

El entrevistado habló también acerca de los costos: como voluntarios sin sueldo, es común que los facilitadores comunitarios no cuenten con recursos económicos para cubrir el costo de su transporte, alojamiento, o alimentos a la hora de acompañar a los referidos a los distintos niveles de atención. En el caso que se acaba de describir, un comité comunitario usó fondos que había reunido para emergencias para dárselos al facilitador comunitario para su transportación y alimentos. El hospital nacional les permitió al esposo, la esposa y al facilitador dormir en el refugio del hospital.

Informantes clave anotaron que aunque los centros de salud normalmente refieren pacientes con complicaciones a algún hospital departamental, también anotaron que no existe un rastreo sistemático de las referencias que se realizan y que no existe información para poder evaluar los resultados individuales o de la población de pacientes.

Servicio de asistencia a la comunidad

La nueva estrategia de APS establece que los trabajadores de la salud deberán realizar visitas domiciliarias para prestar servicios de atención antenatal a mujeres embarazadas, así como revisiones de nutrición a niños desnutridos. El personal entrevistado durante las visitas de campo a los centros de salud mencionó que actualmente tienen instrucciones de realizar visitas de servicio de asistencia a la comunidad para dar seguimiento dentro de la comunidad y prestar atención preventiva, pero que no tienen directrices acerca de la frecuencia que deben tener las visitas. El personal indicó que cree que debiera realizar visitas de servicio de asistencia a la comunidad una vez a la semana. Sin embargo, de hecho solamente realizan visitas de servicio de asistencia a la comunidad cuando se presenta algún brote epidemiológico en la comunidad (por ejemplo: dengue o cólera). El personal explicó también que la carga del trabajo administrativo en las instalaciones de salud limita su capacidad para realizar las visitas de servicio de atención a la comunidad.

5.2.2 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

El IGSS opera independientemente del MSPAS. Su financiamiento proviene de aportaciones obligatorias obrero-patronales (PAHO, 2007a), y ampara a solamente un 17 por ciento de la población (Becerril-Montekio y López-Dávila, 2011). De acuerdo con las cifras más recientes disponibles en línea, el IGSS cuenta con una red de 117 instalaciones, de las cuales 20 son hospitales. Las otras 97 instalaciones son de niveles primarias y secundarias, y se ubican principalmente en las cabeceras departamentales y en otras ciudades⁹, lo cual limita el alcance del IGSS en zonas rurales (IGSS, 2015b).

Según estadísticas acerca de la fuerza de trabajo del IGSS, éste cuenta con un total de 16,404 empleados, de los cuales 11,036 (67 por ciento) se ubican en el Departamento de Guatemala (IGSS, 2015a). La concentración de instalaciones y personal del IGSS en las zonas urbanas, como lo es Ciudad Guatemala, refleja el mandato del IGSS de amparar a la población que trabaja en el sector formal de la economía, que en su gran mayoría se localiza en las zonas urbanas. Sin embargo, existen algunos beneficiarios del IGSS que viven en las zonas rurales. Según personas entrevistadas, los beneficiarios del IGSS en zonas urbanas a menudo recurren a instalaciones de salud del MSPAS o instalaciones de salud privadas en vista de la distancia que los separa de la red del IGSS.

⁹ No queda claro en la lista qué instalaciones son de nivel primario y cuáles son de nivel secundario.

5.2.3 Sector Privado

El sector privado de la salud en Guatemala juega un papel importante en la prestación de servicios; aunque menos del 5 por ciento de la población cuenta con acceso a seguro de salud, los guatemaltecos recurren al sector privado con regularidad y pagan de su propia bolsa. Los patrones de uso que se tratarán más adelante en este capítulo sugieren que los adultos con padecimientos crónicos tienen más posibilidades de obtener tratamiento a través del sector privado. La Tabla 5.2 contiene una lista de la cantidad de establecimientos del sector privado reportadas por DRACES, que supervisa al sector privado. Sin embargo, como lo explicaron informantes clave, los proveedores del sector privado siguen estando básicamente desregulados. Para una discusión más detallada sobre el sector privado se puede referir al Análisis del Sector Privado de Guatemala (Cisek et al. 2015).

TABLA 5.2. INSTALACIONES PRIVADAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, ENERO, 2015

Tipo de Instalación	Cantidad
Clínica de salud	1.103
Clínica especializada	2.927
Clínica y laboratorios dentales	1.651
Centro de medicina alternativa	241
Hospital (incluyendo instalaciones para consulta externa únicamente)	135
Laboratorios (varios)	1.688
Otros (incluyendo instalaciones deportivas y hogares para adultos mayores)	1.808
Total	9.553

Fuente: DRACES 2015

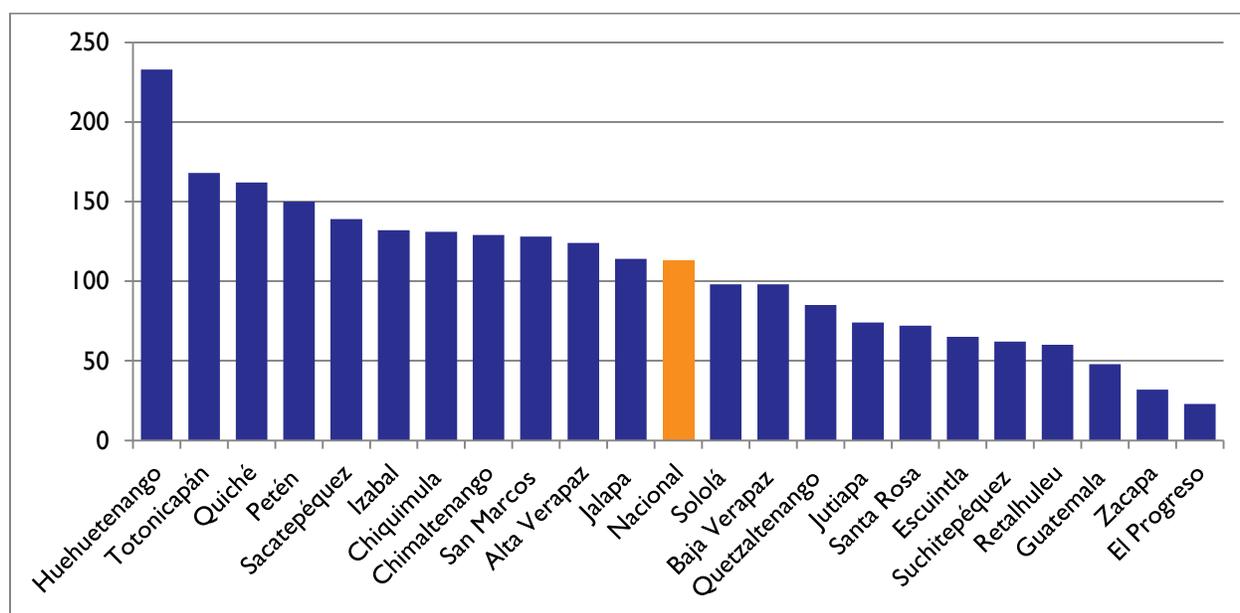
5.3 Acceso a Servicios de Salud

Con el paso de los años, Guatemala ha mejorado el acceso a los servicios prioritarios de salud. El porcentaje de niños de entre 12 y 23 meses de edad que cuentan con un programa completo de inmunizaciones, por ejemplo, aumentó del 22 por ciento en 1987 al 71 por ciento en el 2008, mientras el porcentaje de madres que dan a luz asistidas por personal capacitado aumentó del 29 al 51 por ciento en ese mismo periodo. Se le atribuye a las mayores inversiones en salud como resultado de los Acuerdos de Paz de 1996 y a la expansión del programa PEC el haber contribuido a estas mejoras. Además, con la modificación del Código de Salud en el 2008 se abolieron las cuotas a usuarios en un intento por reducir las barreras financieras para quienes buscan los servicios del MSPAS. Sin embargo, el progreso no ha sido lo suficientemente rápido. Como se destacó en la revisión de los resultados en salud del capítulo Panorama, Guatemala no logrará la MDM para mortalidad materna o infantil. Las siguientes secciones analizan el acceso a los servicios de salud a través de una revisión de indicadores que incluyen resultados, acceso, utilización, y proximidad geográfica a las instalaciones de salud.

5.3.1 Resultados en Salud

El deficiente desempeño del sistema de salud de Guatemala y la falta de acceso a servicios de salud se reflejan en los pésimos resultados en salud y las marcadas inequidades entre los distintos segmentos de la población. Con 113 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos, comparadas con un promedio regional de 85, Guatemala tiene uno de los índices de mortalidad materna más altos de la región de Latinoamérica. De acuerdo con el análisis del MSPAS, de las 452 muertes maternas ocurridas en el 2013, 90 por ciento eran evitables (2015d). Como lo muestra la Figura 5.7, la desagregación por departamento revela grandes inequidades entre los departamentos más pobres, rurales, y predominantemente indígenas como lo son Huehuetenango, Totonicapán y Quiché, en el Altiplano Occidental si se comparan con los departamentos urbanos como lo es Guatemala. Un índice de mortalidad materna de 159 muertes por cada 100,000 nacidos vivos entre las mujeres indígenas, comparado con 70 entre las mujeres no indígenas (MSPAS, 2015d) resalta cómo el sistema ha fallado en atender adecuadamente a la población, especialmente a la población pobre, y al 40 por ciento que se identifica como indígena.

FIGURA 5.7. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR DEPARTAMENTO, 2013



Fuente: MSPAS 2015d

De manera similar, las estadísticas de mortalidad entre los niños revelan peores resultados entre los niños que crecen en las zonas rurales, en hogares indígenas y pobres. Los niños que crecen en hogares pobres tienen cuatro veces más probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años que los niños de familias más prósperas (Tabla 5.3). Para una discusión más detallada sobre los resultados y estadísticas de salud en Guatemala se puede referir al capítulo sobre Panorama de este informe.

TABLA 5.3. TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL, INFANTIL Y DE NIÑOS MENORES A CINCO AÑOS DE EDAD (MUERTES POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS)

	Neonatal	Infantil	Menores de 5
Área			
Urbana	17	27	34
Rural	19	38	51
Etnicidad			
Indígena	21	40	55
No-indígena	16	30	36
Estátus socioeconómico			
Quintil más pobre	25	50	68
Quintil más próspero	8	13	15
Nacional	18	34	45

Fuente: MSPAS, 2010

5.3.2 Acceso a Servicios de Salud

Los deficientes resultados en salud observados en la población guatemalteca reflejan el poco y desigual acceso a los servicios de atención de salud como lo son la planificación familiar y asistencia calificada para el parto. Aunado a esto, bajos niveles de utilización de servicios preventivos entre los adultos reflejan la necesidad de actividades de promoción de la salud más proactivas para educar a los individuos acerca de la importancia de la prevención. Un análisis de proximidad geográfica a instalaciones de salud señala con mayor énfasis la urgencia de sustituir los servicios de APS que anteriormente prestaba el PEC.

Asistencia capacitada para partos

A nivel nacional, solamente 51 por ciento de las mujeres guatemaltecas dan a luz en establecimientos de salud, comparado con 48 por ciento de las que dan a luz en casa. Existen importantes disparidades entre las poblaciones indígenas y no indígenas; tan solo 30 por ciento de las mujeres indígenas dan a luz en establecimientos de salud, comparado con el 71 por ciento de mujeres no indígenas. Según un estudio transversal de 100 madres indígenas Mam, 87 por ciento dio a luz en casa, comparado con tan solo 13 por ciento que dio a luz en una instalación (Chomat et al. 2014). De manera similar, 79 por ciento de mujeres del quintil menor de riqueza da a luz en casa, comparado con tan solo 5 por ciento entre quienes se encuentran en el quintil más próspero (MSPAS, 2010). Esta disparidad en el acceso a proveedores calificados durante el nacimiento explica la disparidad en resultados de salud como lo es la mortalidad materna.

Necesidad insatisfecha en salud reproductiva y planificación familiar

De acuerdo con la ENSMI 2008-09 (MSPAS, 2010), 44 por ciento de las mujeres guatemaltecas en edad reproductiva y en unión emplea métodos modernos de anticoncepción. Sin embargo, importantes diferencias persisten entre el uso en zonas urbanas (54 por ciento) y zonas rurales (36 por ciento), y esta brecha refleja muy de cerca el uso entre las mujeres indígenas (28 por ciento) y las no indígenas (54 por ciento). También la educación juega un papel importante; mientras 60 por ciento de las mujeres que terminaron la preparatoria o universidad emplean métodos modernos de planificación familiar, el uso es únicamente del 30 por ciento entre quienes no asistieron o terminaron la escuela primaria. Es importante destacar que estas disparidades no reflejan solamente distintas preferencias o actitudes acerca de la planificación familiar, sino más bien una falta de acceso a servicios de planificación. Empleando datos de la ENSMI 2008-09, Ishida et al. (2012) calcularon que la necesidad satisfecha de anticonceptivos era del 72 por ciento entre las mujeres no indígenas, pero tan sólo del 49 por ciento entre las mujeres indígenas.

Servicios de prevención

Las bajas tasas de utilización de servicios preventivos podrían reflejar una falta de acceso a servicios además de una falta de conocimiento acerca de la importancia de promover la salud y los servicios de prevención. Sesenta y dos por ciento de las mujeres guatemaltecas entre 14 y 59 años de edad nunca se han sometido a un Papanicolaou para detectar cáncer cérvico-uterino. Entre quienes nunca se han hecho el estudio, 34 por ciento reportó que no conocía sobre el estudio (MSPAS, 2010). Esta respuesta se correlacionó estrechamente con factores de etnicidad y riqueza; 51 por ciento de mujeres indígenas y 57 por ciento de mujeres del quintil de riqueza más pobre reportó no conocer el examen, contra 19 por ciento entre las mujeres no-indígenas y 7 por ciento entre las más prósperas. Los bajos niveles de utilización de Papanicolaou resaltan la necesidad de que el sistema de salud adopte un enfoque más proactivo hacia la educación de la población acerca de servicios preventivos de vital importancia.

El uso de servicios preventivos entre los hombres también es bajo. Tan solo 8,7 por ciento de los hombres que han escuchado hablar de los exámenes de próstata (52 por ciento de la población masculina) se han sometido al examen para la detección del cáncer de próstata. Los bajos índices de utilización se muestran congruentes para diversos exámenes: sólo 19 por ciento se han hecho análisis para detectar diabetes, 13 por ciento para medir colesterol, y 22 por ciento para detectar hipertensión (MSPAS, 2010).

Medicamentos y suministros

Además de las brechas en el acceso a servicios, el acceso a medicamentos representa también un obstáculo. De acuerdo a un estudio sobre el acceso a medicinas en Centroamérica, únicamente el 60 por ciento de una muestra de guatemaltecos que padecen alguna enfermedad aguda lograron adquirir los medicamentos que se les recetaron a través de un proveedor de salud, comparado con el 76 por ciento en Nicaragua y 87 por ciento en Honduras (Martins et al. 2013). De acuerdo a entrevistas realizadas para el HSA, existen frecuentes y constantes faltas de inventario de medicamentos esenciales en las instalaciones de salud. Las instalaciones visitadas por el equipo del HSA sufrían falta de medicamentos y necesitaban también equipo quirúrgico. Para una discusión más detallada se puede referir al capítulo sobre Medicamentos y Cadena de Suministros.

Acceso Geográfico a los Servicios de Salud

La distancia que hay que recorrer para encontrar instalaciones de salud y proveedores de servicio calificados representan una muy importante barrera al acceso a servicios de salud. Como se menciona más extensamente en la sección sobre Recursos Humanos para la Salud, existe una seria escasez de trabajadores de salud en Guatemala, en donde hay únicamente 12.5 trabajadores de salud por cada 10,000 guatemaltecos (PAHO, 2013), cifra que se encuentra muy por debajo del umbral de densidad internacional recomendado, que es de 34.5 trabajadores de la salud por cada 10,000 habitantes según la Organización Mundial del Trabajo (Campbell et al. 2013b). Setenta y un por ciento de los doctores y personal biomédico se concentran en las áreas metropolitanas donde hay un mejor acceso a recursos económicos e infraestructura pública (Becerril-Montekio and López-Dávila 2011). En consecuencia, una ubicación remota, infraestructura de transporte público deficiente, los costos de viajar, y lo a menudo intransitable de los caminos debido a las inclemencias del tiempo hacen de las distancias al centro de salud pública o el hospital público más cercano un gran obstáculo para las poblaciones indígenas que viven en zonas remotas y no cuentan con vehículo motorizado (Chomat et al. 2014). Un análisis de las instalaciones de salud y la red de carreteras en el departamento de Alta Verapaz, por ejemplo, determinó que 23 por ciento de los residentes vivían a más de una hora de camino de cualquier instalación básica de atención (Owen et al. 2010).

También, el acceso geográfico a las instalaciones de salud en todo Guatemala tiene una apariencia muy distinta cuando se considera la red del MSPAS durante el PEC y después de su suspensión. Según su Estrategia Nacional 2014-2019 (MSPAS 2014b), había, por ejemplo, 4,875 instalaciones públicas de salud en la red de atención del MSPAS. Para comprender mejor la accesibilidad geográfica, el equipo del HSA se asoció con el GeoCentro de USAID ubicado en Washington, D.C. para realizar un análisis del sistema de información geográfica de la red de puntos de entrega de servicio en Guatemala. El equipo del HSA empleó datos geocodificados de instalaciones proporcionados por el Proyecto de Políticas en Salud de USAID, así como datos geocodificados de instalaciones proporcionados por el SIAS del MSPAS. El equipo del HSA combinó después esto con datos desagregados sobre población por kilómetro cuadrado. El equipo del HSA analizó la red de prestación de servicios que existía cuando el PEC estaba en operación, y la red actual habiéndose eliminado los sitios del PEC. Como lo muestran la Figura 5.8 y la Tabla 5.4, existe una reducción significativa en la proximidad de las instalaciones a ciertas poblaciones una vez eliminado el PEC.

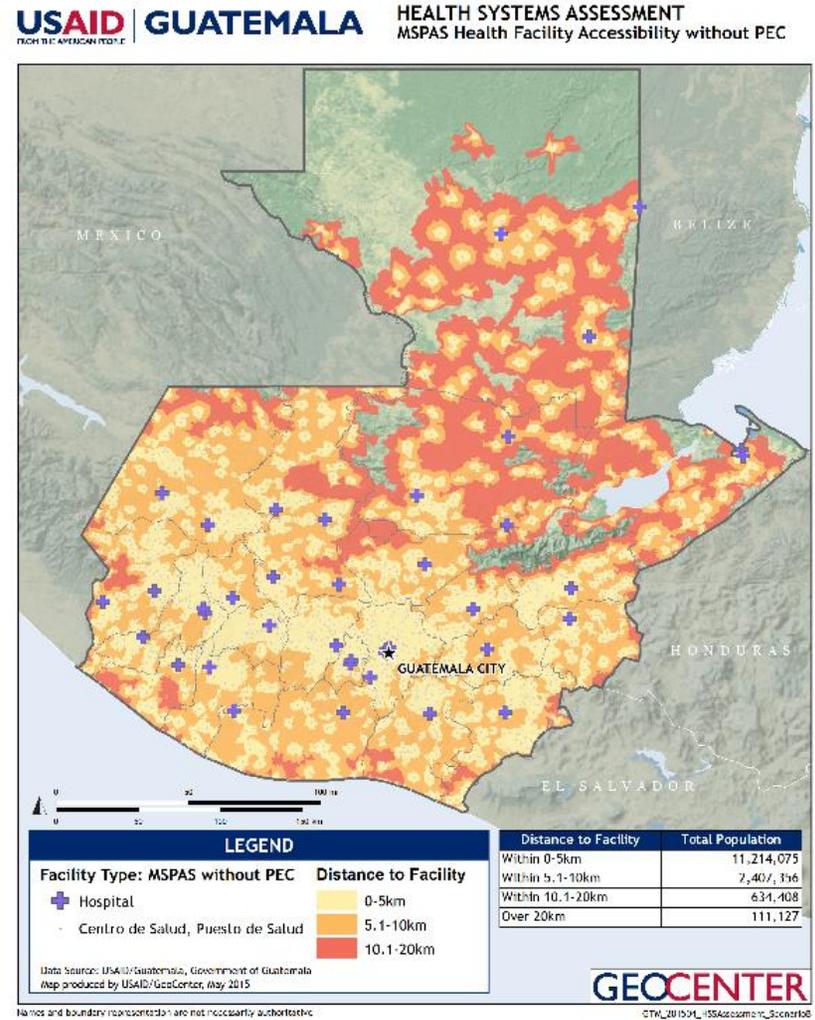
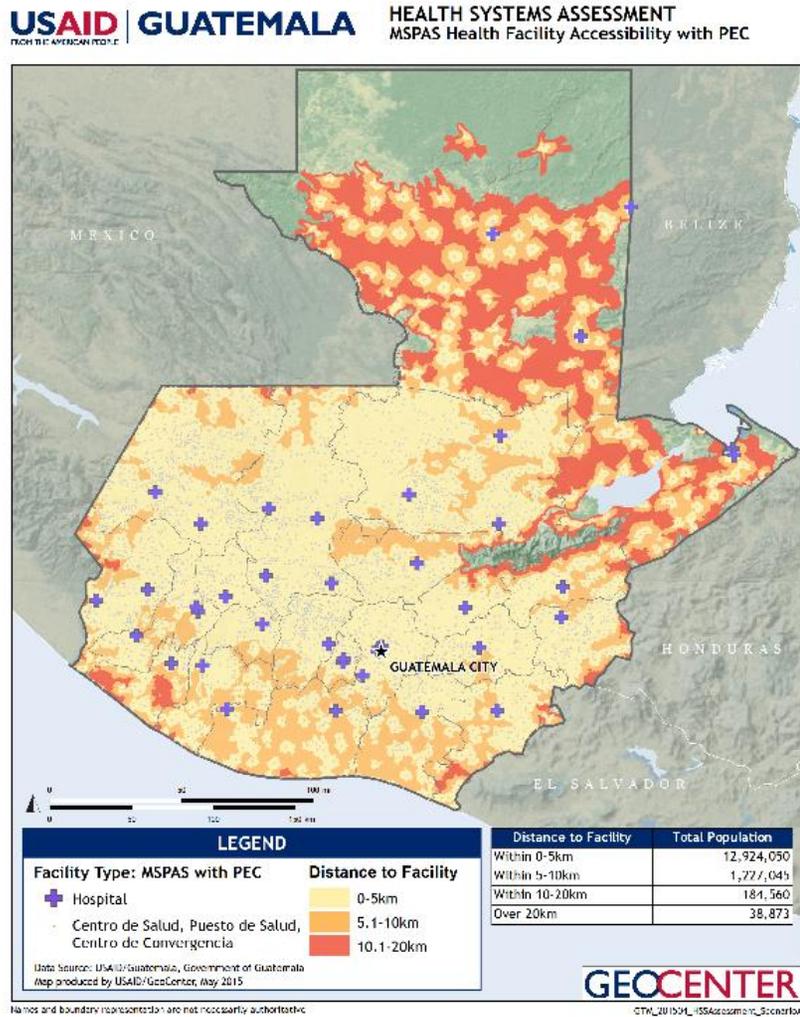
El MSPAS está en la transición de convertir aproximadamente 2.200 Centros de Convergencia del PEC que se encuentran cerrados en nuevos puestos de salud del MSPAS, pero el equipo del HSA no pudo revisar datos del MSPAS donde se identifican los 800 a 900 nuevos puestos de salud que se proponen para realizar el análisis de accesibilidad sobre la propuesta de red del MSPAS. La Tabla 5.4 muestra la accesibilidad geográfica a los servicios del MSPAS (medida en términos de población que se encuentra a un rango de kilómetros de distancia de alguna instalación de salud) con instalaciones del PEC y sin instalaciones del PEC. La menor accesibilidad, con 1.7 millones más de guatemaltecos que ahora se encuentran a más de cinco kilómetros de una instalación de salud, se siente con mayor agudeza en Alta Verapaz, Quiché, Petén y Huehuetenango. No obstante los problemas que existían con la red del PEC, la pérdida de más de la mitad de los puntos de entrega de servicio en el país tendrá impacto sobre el acceso a los servicios.

**TABLA 5.4. ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN GUATEMALTECA
A PUNTOS DE ENTREGA DE SERVICIO DEL MSPAS**

Con PEC			Sin PEC			Con Nueva Estrategia APS		
Accesibilidad (kilómetros)	Población con acceso	%	Accesibilidad (kilómetros)	Población con acceso	%	Accesibilidad (kilómetros)	Población con acceso	%
0-5 km	12.924.050	85,5%	0-5 km	11.214.075	78,1%	Por determinar luego del lanzamiento del programa		
5-10 km	1.227.045	8,5%	5-10 km	2.407.356	16,8%			
10-20 km	184.560	1,3%	10-20 km	634.408	4,4%			
> 20 km	38.873	0,3%	> 20 km	111.127	0,8%			

Fuente: USAID GeoCenter 2015

FIGURA 5.8. ACCESIBILIDAD A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON Y SIN PEC, GUATEMALA, 2015



Fuente: USAID GeoCenter 2015

5.4 Utilización y Demanda de Servicios de Salud

5.4.1 Utilización

Las tendencias en la utilización entre hombres, mujeres y niños resaltan la fragmentación del sistema de salud en Guatemala y revelan importantes matices acerca de las preferencias de proveedores y el acceso a servicios de salud. Como lo muestra la Tabla 2.4 del capítulo Panorama, las fuentes con financiamiento público (MSPAS, IGSS y Centros de Convergencia) proporcionan el 98% de las inmunizaciones entre niños menores de 5 años de edad. Notablemente, sin embargo, 28 por ciento de los niños fueron inmunizados en los Centros de Convergencia que formaban parte del PEC.

Por otro lado, los patrones de utilización entre los hombres revelan que la población guatemalteca acude regularmente al sector privado para obtener servicios de salud, y particularmente para el tratamiento de padecimientos crónicos como lo son la diabetes y la hipertensión (Tabla 5.5). El porcentaje de hombres que accede a estos servicios en instalaciones del IGSS más o menos refleja el nivel de los niveles de cobertura del IGSS (17,5 por ciento), pero las bajas tasas de utilización de estos servicios en instalaciones del MSPAS indican probablemente la existencia de barreras para acceder a estos servicios en la red del MSPAS. Estas barreras podrían incluir los horarios de las instalaciones que no se adaptan a los horarios de trabajo, faltas de inventario de medicamentos, y menor priorización de las ENTs cuando se compara con la salud materna e infantil y nutrición. El paquete de beneficios del PEC no incluía intervenciones para hombres, y tampoco tratamiento de ENTs como la diabetes, colesterol elevado o hipertensión (Lao Peña 2013).

TABLA 5.5. FUENTE DE ATENCIÓN PARA HOMBRES ENTRE 30 Y 59 AÑOS DE EDAD (%)

	MSPAS	IGSS	Privada	Otros
Tratamiento de diabetes	21	19	53	7
Tratamiento para colesterol elevado	15	28	48	9
Tratamiento para hipertensión	21	16	54	9
Examen de próstata	8	18	60	12

Fuente: MSPAS 2011

En Guatemala las mujeres tienden a acceder a servicios relativos a planificación familiar y salud materna principalmente en el sector público y mayormente en instalaciones del MSPAS (Tabla 5.6). Sin embargo, el sector privado suministra 38 por ciento de los insumos para la planificación familiar, 24 por ciento de las cesáreas, y 52 por ciento de los Papanicolaou, lo cual podría indicar la existencia de barreras al acceso a estos servicios en instalaciones del MSPAS, donde se supone que se ofrecen sin costo alguno. Además, el hecho de que 48 por ciento de mujeres guatemaltecas den a luz en el hogar o con una partera, refleja, no solo barreras a la atención, sino también la preferencia de muchas mujeres por dar a luz con la ayuda de una partera tradicional y no en un establecimiento de salud.

TABLA 5.6. FUENTE DE LA ATENCIÓN PARA MUJERES ENTRE 15 Y 49 AÑOS DE EDAD (%)

	MSPAS	IGSS	Clínica u hospital privado*	APROFAM	Partera Tradicional/Hogar	Otro
Planificación Familiar	51	9	22	16	-	2
Atención pre-natal**	68	7	23	2	44	3
Lugar del parto	35	8	7	1	48	-
Cesárea	59	17	21	3	-	-
Papanicolaou	39	6	32	20	-	3

* Excluyendo APROFAM, principal ONG en salud reproductiva

** La fila suma más del 100% porque las mujeres acceden a servicios en distintas ubicaciones.

Fuente: MSPAS 2010

La maternidad se encuentra altamente ritualizada en muchas comunidades indígenas, y las parteras tradicionales forman parte integral del proceso, brindando atención tanto desde el punto de vista social como espiritual a las mujeres indígenas (Ishida et al. 2012). Además del papel que juegan en el parto, las parteras tradicionales ofrecen servicios de atención prenatal; aproximadamente 40 por ciento de los embarazos entre mujeres indígenas que recibieron atención prenatal a nivel institucional lo reciben también de una partera tradicional (Ishida et al. 2012).

La barrera lingüística entre mujeres indígenas y trabajadores de la salud, que son predominantemente de habla hispana en el sector formal de la salud, explica los menores índices de utilización entre las comunidades indígenas. Diversos estudios encontraron que la fluidez en idioma español es el mayor determinante para la utilización de servicios de salud en Guatemala (Chomat et al. 2014; Ishida et al. 2012). Además, partes interesadas entrevistadas indicaron que la población indígena a menudo carece de confianza en los establecimientos públicos de salud. Según un estudio cualitativo, las experiencias de discriminación en contra de grupos indígenas en establecimientos de salud, donde predomina el personal Ladino, fueron citadas como factor contribuyente a la falta de confianza. (Rohloff et al. 2011).

5.4.2 Servicios interculturales

Los factores culturales en la utilización de servicios de salud guardan importantes implicaciones para lograr un incremento en el uso de los servicios de salud y mejorar los resultados de salud en las comunidades indígenas. Guatemala ha aprobado leyes que reconocen el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a su propia identidad cultural de conformidad con sus valores, su lengua y sus costumbres (Decreto Número 19-2003). El MSPAS ha realizado algunos esfuerzos por atender los factores culturales y sociales que afectan la utilización de los servicios de salud materna mediante la incorporación de servicios interculturales, reflejando convenios de los Acuerdos de Paz de 1996 que reconocían la importancia de incorporar la medicina tradicional al sistema formal de salud. Como resultado de ello, las establecimientos de salud comenzaron a ofrecer servicios culturalmente apropiados que incluían permitir a las mujeres indígenas acompañarse de una partera tradicional o un miembro de la familia durante su estancia en la instalación de salud u hospital, el uso de tizanas tradicionales, así como su elección de posición para el parto.

Sin embargo, persisten grandes retos en la implementación efectiva de servicios interculturales. Una evaluación cualitativa sobre la efectividad de los servicios interculturales encontró que los establecimientos que ofrecían servicios culturalmente apropiados carecían de estandarización; que las parteras tradicionales generalmente se sentían excluidas del sistema de salud; y que la mayoría de usuarios deseaban elegir la opción de servicios culturalmente apropiados pero normalmente no los

recibían. A las parteras tradicionales se les veía como asistentes del sistema biomédico (en lugar de proveedoras de APS), y sus habilidades no siempre eran valoradas por los proveedores biomédicos, quienes exhibían un sentir de superioridad con base en su conocimiento institucional. El estudio concluyó que mucho se requiere para lograr un cambio en la actitud de los proveedores de servicios biomédicos hacia las personas indígenas y sus prácticas en obstetricia en Guatemala (van Dijk et al. 2013).

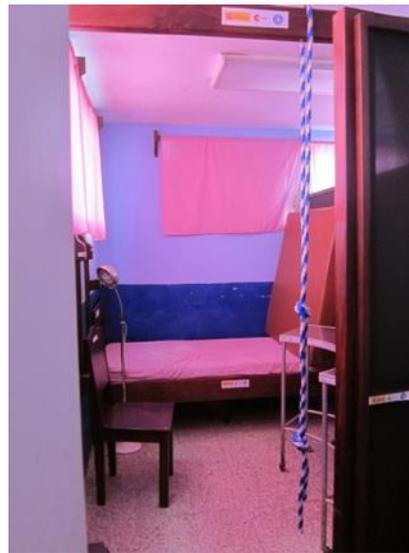
Entrevistas con personas interesadas confirmaron que los servicios interculturales no han llegado a desarrollarse completamente en la práctica. La Unidad Intercultural del MSPAS encuestó a todos los centros de salud del nivel primario y secundario para evaluar cuántos de ellos habían mejorado o implementado las normas nacionales interculturales establecidas por la Unidad Intercultural. Concluyó que solamente 50 por ciento de los centros de salud estaban implementando las normas. Un entrevistado del centro de salud que fue visitado durante el HSA mostró una habitación que había sido construida en la sala de partos para poder permitir la posición de parto vertical tradicional. Sin embargo, el entrevistado explicó que nadie del personal de la instalación estaba capacitado para realizar partos verticales con el equipo y por lo tanto esa habitación nunca se había utilizado. La incompleta aplicación de las normas y servicios interculturales resalta la necesidad de programas de capacitación para crear una mayor comprensión y compromiso con las comunidades indígenas. En particular, es necesario lograr que las parteras tradicionales trabajen con los sistemas de referencia y los fortalezcan con el sistema formal de salud (van Dijk et al. 2013).

FIGURA 5.9. PASAMANOS DE LA SALA INTERCULTURAL DE PARTOS VERTICALES



Foto: Rhea Bright, USAID

FIGURA 5.10. SALA INTERCULTURAL DE PARTOS VERTICALES



5.4.3 Demanda

Las partes interesadas entrevistadas para el HSA concordaron en que la infraestructura, los recursos humanos y los suministros médicos (equipo, insumos, medicamentos, etc.) son insuficientes para satisfacer la demanda de servicios en los establecimientos públicos de la salud. A nivel puestos de salud, los entrevistados explicaron que las faltas de inventario de medicamentos esenciales ocasionan que no sea posible satisfacer la demanda diaria de pacientes; miembros de la comunidad reportaron que como consecuencia de ello, en muchas ocasiones pasan por alto los puestos de salud y viajan grandes distancias para llegar a centros de salud y hospitales, que también sufren de escasez.

Visitas de campo realizadas por el equipo del HSA al Hospital Nacional de Referencias Roosevelt en Ciudad Guatemala indicaron que el hospital no contaba con suficientes camas en la sección de Maternidad para todas las mujeres que dan a luz en esa instalación. Cuando se realizó la visita del HSA en abril del 2015, ese hospital contaba con tan solo 26 camas, habiendo 40 mujeres que necesitaban una. El equipo del HSA observó que hubo mujeres que dieron a luz en camillas en la sala de urgencias o en pasillos debido a la escasez de camas y falta de espacio adecuado para atender partos. Además, las mujeres que daban a luz en camillas no podían tener a sus recién nacidos con ellas después del parto, y en consecuencia, a esos infantes se les tenía que alimentar con fórmula ya que las madres no podían alimentarlos estando en la camilla. También hubo reportes de que algunas pacientes tenían que compartir cama estando en la sección de maternidad cuando no había suficientes camas ni camillas. Tampoco hay suficiente personal de salud para atender los partos.

Entrevistados del Hospital Roosevelt reportaron que la pesada carga de pacientes también ha ocasionado menores tiempos de estadía para los nacimientos. Actualmente, en un nacimiento normal de una mujer primeriza, la estadía es de un día. En algunos casos, si no se trata del primer parto de la mujer o si dio a luz temprano por la mañana, es posible que le den de alta el mismo día. De acuerdo a personal de enfermería del hospital, anteriormente el protocolo para dar de alta después de un nacimiento complicado (por ejemplo una cesárea) era de 72 horas, pero con la escasez de camas, espacio, y personal, el protocolo cambió a 36 horas. No se encontraron protocolos por escrito o estadísticas de tiempos de alta para revisión por parte del equipo del HSA para confirmar las prácticas antes descritas.

5.5 Calidad de los Servicios de Salud

El MSPAS ha dado pasos para mejorar la calidad y los mecanismos de aseguramiento de calidad, pero una frecuente rotación en la administración de la Unidad de Manejo de Aseguramiento de Calidad (de hecho, cambios en la existencia de la unidad en sí) han entorpecido los esfuerzos por institucionalizar los procesos de mejora de calidad.

En el año 2009, el MSPAS dio inicio a un proceso de acreditación para obtener una certificación en manejo de calidad por parte de la Organización Internacional de Estandarizaciones (ISO). Dos años más tarde, Guatemala pasó una extensa auditoría corporativa y financiera para convertirse en el primer país centroamericano en recibir la Certificación ISO 9001:2008 por sus procedimientos administrativos y financieros centrales. Durante el proceso de certificación, el MSPAS capacitó a sus empleados en análisis situacional y procesos de documentación, y creó enfoques estandarizados para los aspectos administrativos y financieros de cinco unidades: Presupuesto, Contabilidad, Tesorería, Costos, y Asistencia Técnica y Recursos para Capacitación. Para asegurar que la calidad se convirtiera en un elemento integral del sistema de salud, se creó, dentro del MSPAS, una nueva unidad de Manejo de Aseguramiento de Calidad.

Se realizaron esfuerzos también para mejorar el aseguramiento de calidad en la prestación de servicios. En el año 2010, el Centro de Salud de San Pedro Sacatepéquez en el Departamento de San Marcos recibió también la Certificación ISO 9001:2008 con enfoque en los servicios de salud maternos y neonatales. Luego de recibir la certificación, el centro de salud logró mejoras significativas en la atención materna, como por ejemplo el hecho de que el cumplimiento de las normas para la prevención de hemorragias post-parto con el uso de manejo activo de la tercera etapa del parto mejoró de 43 a 90 por ciento (Bustamante et al. 2012).

A pesar del compromiso manifestado con el mejoramiento de la calidad y de las mejoras de hecho obtenidas, la institucionalización de ese mejoramiento de calidad, sin embargo, no ha sido uniforme. De acuerdo con el estudio, el MSPAS central manifestó un alto nivel de compromiso con el mejoramiento de la calidad, aunque funcionarios expresaron duda sobre si podrá sostenerse sin contar con asistencia técnica externa. Las oficinas de área de salud expresaron su propio compromiso con el mejoramiento de la calidad, pero también expresaron dudas sobre el compromiso existente a nivel central.

De hecho, los temores de las áreas de salud resultaron fundados. El MSPAS desmanteló la Unidad de Manejo de Calidad original en el año 2012. La unidad fue reemplazada para luego volver a ser desmantelada en el 2014. Informantes clave para el HSA explicaron que la unidad era muy pequeña, carecía de autoridad para la toma de decisiones, y que se le consideraba innecesaria debido a que su atención se concentraba únicamente en la APS. Reportaron que los equipos del MSPAS a nivel central expresaron intención de establecer una unidad de mejoramiento de calidad para todo el sistema de salud, pero al momento de elaborarse este documento aún no existía dicha unidad. La imposibilidad de establecer un organismo estable y un proceso institucionalizado reflejan la falta de continuidad en materia de personal y de prioridades que plaga a la administración del MSPAS a lo largo de todo el sistema de salud.

Colaboración en Aseguramiento de Calidad

Una colaboración en mejoras es un sistema de aprendizaje compartido que reúne a una gran cantidad de equipos dedicados al mejoramiento de calidad de distintas comunidades, instalaciones o distritos en un trabajo conjunto para rápidamente lograr mejoras significativas de los procesos, calidad y eficiencia de un área de atención en particular con la intención de difundir estos logros entre otras ubicaciones. Las colaboraciones en mejoramiento buscan adaptar y difundir el conocimiento existente a múltiples ubicaciones. Estos conocimientos existentes podrían consistir de prácticas clínicas basadas en evidencia científica, prácticas comprobadas y ampliamente consideradas buenas” o incluso “mejores” prácticas, o cualquier otro cambio en la manera en que actualmente se hacen las cosas que haya demostrado dar como resultado una mejor atención a la salud. Estos conocimientos componen el “paquete de cambios” de la colaboración: los cambios a los procesos y la organización de la atención que la colaboración busca introducir, refinar y difundir.

Fuente Bustamante et al. 2012

5.6 Conclusiones y Recomendaciones

Corto Plazo

Resultados en salud deficientes resaltan la imposibilidad de expandir de manera efectiva el acceso a servicios prioritarios de APS; brindar acceso a APS es la necesidad más apremiante del sistema de salud de Guatemala. Cualquiera que sea el gobierno que resulte electo al final del año 2015, éste deberá asegurarse de que no se interrumpa o vea comprometida la prestación de servicios de APS. La nueva administración heredará el reto (y la oportunidad) de implementar reformas duraderas que aseguren el acceso a servicios de APS. Otros problemas en la prestación de servicios son la falta de sistemas de referencia -lo cual entorpece la eficiencia y efectividad de las redes de prestación de servicios a todos los niveles - y la necesidad de ampliar inmediatamente la institucionalización del mejoramiento de calidad y los servicios interculturales.

Recomendaciones:

I. Rápidamente fortalecer y ampliar la APS integral, priorizando las zonas rurales y desatendidas, para así avanzar hacia una Cobertura Universal de la Salud (CUS):

Cualquiera que sea la estrategia de implementación (ya sea mediante la prestación directa del servicio por parte del MSPAS o mediante la contratación de ONGs como se hacía anteriormente), asegurar la prestación de servicios de APS en áreas antes atendidas por el PEC es, sin lugar a dudas, el reto más apremiante del sistema de salud. Hace casi 20 años, el lanzamiento del PEC permitió una ampliación sin precedente de los servicios de salud materna e infantil. Sin embargo, el MSPAS debe alejarse gradualmente de los paquetes de beneficios de APS Selectiva para comenzar a prestar servicios más integrales, cualquiera que sea la estrategia para su implementación. Es muy pronto para saber si la nueva estrategia de APS develada en abril del 2015 logrará una cobertura efectiva de manera oportuna, o si incluso logrará sobrevivir el siguiente cambio de administración, pero cualquier estrategia para la APS que busque dar cumplimiento a la obligación constitucional del gobierno de hacer valer el derecho a la salud de las personas debe buscar brindar atención a todos los ciudadanos. El concepto de Universalidad implica precisamente eso: el acceso universal a los servicios para todos los grupos de edad, todos los géneros, y todas las etnias (Kutzin, 2013).

Existe una amplia gama de reformas en políticas que pueden ayudar a un país a alcanzar la CUS, y la estrategia de cualquier país para lograr la CUS debe tomar en cuenta los desafíos de su particular contexto y economía política. Una revisión reciente de las reformas para la CUS en América Latina encontró que fortalecer la APS ha sido un tema común. Otros temas incluyen un mayor financiamiento público y la canalización de recursos a los pobres, reformando la manera en que se realizan pagos a los proveedores de servicios, enfoques pragmáticos y contextuales para el diseño de paquetes de beneficios, y encargarse de la equidad en todos los subsistemas (Dmytraczenko y Almeida 2015).

Según la visión de la OPS, las metas de la APS Renovada son: equidad, solidaridad, y el derecho al nivel de salud más alto que se pueda lograr. Además, los sistemas de salud basados en la APS se componen de elementos estructurales y funcionales interconectados que incluyen la cobertura y el acceso universal; primer contacto; atención integral, integrada y continua; una base familiar y comunitaria, y; énfasis en promoción y prevención (OPS, 2007b). Dos países cuyos sistemas de APS desde hace tiempo han sido modelos en la región ilustran los distintos caminos que los países pueden seguir para fortalecer la APS y avanzar hacia la CUS. En Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguridad Social es financiada con impuestos sobre nómina, mientras el Sistema de Salud Universal de Brasil se financia con ingresos fiscales generales (Dmytraczenko y Almeida 2015). En ambos países, equipos de salud multidisciplinarios atienden a poblaciones específicas dentro de su área geográfica de acción y realizan importantes esfuerzos de servicio a la comunidad y actividades de promoción de la salud. En otros países, como Perú y México, las reformas para la CUS se han centrado en ampliar los esquemas de seguro social para la salud para las poblaciones que antes no contaban con cobertura, como las poblaciones del sector informal de la economía. Finalmente, la literatura acerca de la APS y la CUS hace énfasis en que no existe un camino único para lograr la CUS. Dado el contexto particular de Guatemala y la reciente cancelación del PEC, asegurar el acceso a servicios de APS constituye el paso más urgente para avanzar hacia una CUS.

- 2. Formalizar, documentar e institucionalizar mecanismos de referencia con el fin de fortalecer e integrar las redes de prestación de servicios:** Las áreas prioritarias incluyen las siguientes: a) implementar protocolos formales para la documentación, rastreo y seguimiento a pacientes para asegurar una atención adecuada; b) establecer procedimientos y dedicar recursos para reparar ambulancias que no funcionan; c) fortalecer mecanismos de monitoreo y evaluación para rastrear resultados a nivel clínico y a nivel poblacional, y; d) establecer un sistema de transporte para urgencias para transportar a pacientes en terrenos difíciles, y especialmente en zonas rurales de país.
- 3. Emplear efectivamente el equipo y material intercultural aprobado por la Unidad Intercultural del MSPAS, e incrementar la cantidad de proveedores que hablen lenguas indígenas:** El personal entrevistado durante el HSA reportó que no ha recibido capacitación para utilizar el equipo intercultural para alumbramientos que había sido colocado en sus instalaciones. Sería importante impartir capacitación en-servicio para adecuadamente demostrar cómo se realizan los partos verticales utilizando el equipo proporcionado por el MSPAS. También se debiera sensibilizar a los proveedores acerca de las prácticas de alumbramiento interculturales (la importancia de los colores, la oración, etc.) para así mejorar la competencia cultural a nivel de los establecimientos. Mayores evaluaciones deben realizarse con el fin de identificar y atender las causas que originan las barreras a la implementación de normas nacionales interculturales a nivel de establecimiento. Es de vital importancia que el MSPAS incremente la cantidad de proveedores de atención a la salud que hablen lenguas indígenas para poder así mejorar la comunicación con comunidades rurales de importancia clave. Esta estrategia requerirá el reclutamiento de trabajadores de la salud entre las comunidades rurales para capacitarlos, que los programas de capacitación amplíen su centro de atención a manera de incluir métodos más culturalmente apropiados para atender comunidades indígenas, y apalancar la colaboración de facilitadores comunitarios.
- 4. Reinstaurar la Unidad de Manejo de Aseguramiento de Calidad del MSPAS y mejorar sus facultades:** Esta unidad debe desarrollar políticas y estrategias nacionales para implementar programas de mejoramiento de calidad a todos los niveles del Sistema de salud para servicios tanto clínicos como no-clínicos como lo es la administración de recursos humanos. Más allá de asegurar acceso a los recursos necesarios a través de todo el sistema de salud, se debe monitorear de manera constante y mejorar el cumplimiento de las directrices y normas basadas en evidencia por parte de los proveedores. Deben formarse equipos de mejoramiento de calidad en todas las instalaciones y para los proveedores de primera línea debe haber programas que los capacitan para analizar su propio desempeño mediante la revisión de datos de su propia establecimiento; identificar brechas, y; conducir pruebas rápidas de cambio en sus procesos de atención para determinar si los cambios han arrojado mejoras en cumplimiento y resultados de salud. Deben establecerse programas de colaboración en mejoramiento de calidad con el fin de mejorar de manera constante la prestación de servicios , colocando gran énfasis en mejorar la calidad de la APS. Pueden tomarse las lecciones aprendidas de las colaboraciones que han empleado movilización comunitaria y enfoques de mejoramiento de calidad a nivel institucional en la región de San Marcos para mejorar la atención esencial obstétrica y a recién nacidos en toda Guatemala. Las mejoras de los 22 centros de salud del Departamento de San Marcos fueron difundidas a otros siete departamentos del Altiplano. En los departamentos que mostraron mejoras, la proporción de recién nacidos que reciben atención esencial de acuerdo con los estándares mejoraron del 33 por ciento en enero del 2009, al 97 por ciento en mayo de 2012 (Franco y Marquez, 2014).

Mediano a Largo Plazo

La doble carga que padece Guatemala entre enfermedades y crecientes niveles de ENTs exige una visión estratégica de largo plazo para así continuar avanzando en contra de problemas prioritarios como lo son la mortalidad materna y la desnutrición, a la vez que se reorienta el sistema de salud para satisfacer las necesidades de una población que envejece y un perfil epidemiológico en evolución. Es de vital importancia que el sistema de salud realice actividades proactivas en el campo de la promoción de la salud con el objeto de educar a la población y fomentar conductas más sanas, así como el empleo de servicios preventivos. A largo plazo, el MSPAS también debe actualizar su infraestructura para asegurar su respuesta a las necesidades de una población creciente. Partes interesadas involucradas indicaron que la inversión en infraestructura tanto para APS como hospitalaria se encuentra estancada desde hace tiempo.

Recomendaciones:

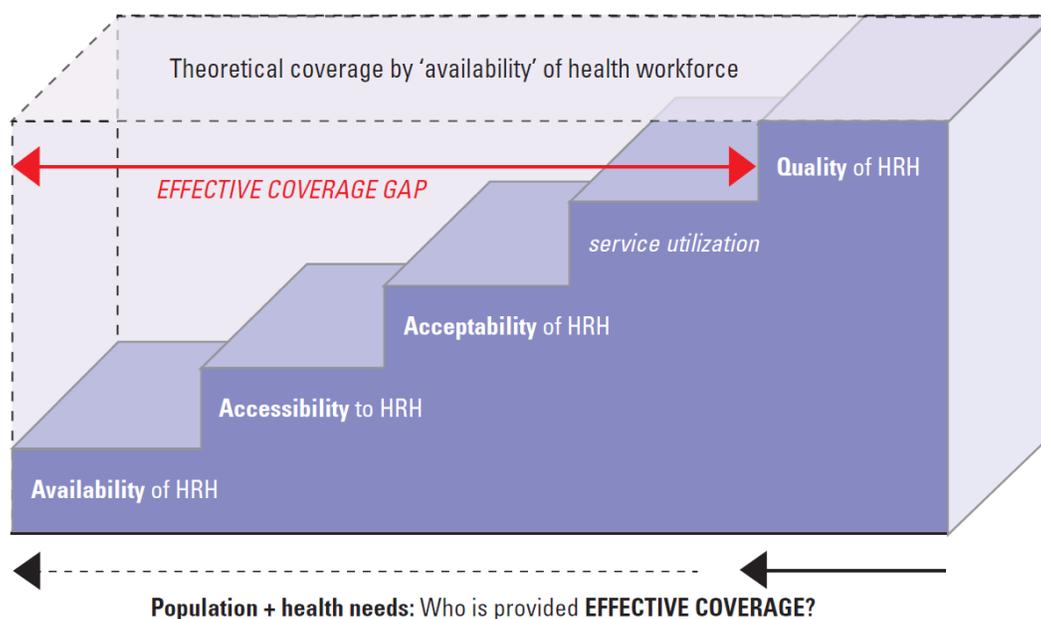
- 1. Reorientar a las redes de entrega de servicio para atender la creciente carga de ENTs, y proactivamente realizar actividades de promoción y prevención en salud:** Mientras las transiciones demográfica y epidemiológica de Guatemala están ocurriendo a una tasa más lenta que en el resto de la región LAC, el perfil epidemiológico del país pronto será el espejo del perfil de la región. El envejecimiento de la población incrementará de manera constante la carga de enfermedades no transmisibles y enfermedades crónicas, lo cual causará una presión adicional sobre los ya de por sí insuficientes recursos humanos y financieros del sistema de salud. Además de buscar incrementar los servicios integrales de APS que atiendan a la población a lo largo de su ciclo de vida, incluso hasta la edad tardía, el MSPAS debe dar pasos para promover la salud y realizar actividades de prevención que reduzcan los factores de riesgo para ENTs. El MSPAS debe además desarrollar mecanismos más efectivos para rastrear pacientes, particularmente los pacientes con padecimientos crónicos, para así poder fortalecer la continuidad de atención y mejorar los resultados de salud.
- 2. Desarrollar un plan de infraestructura nacional a largo plazo:** Poner los ladrillos y el mortero para un sistema de salud no es una recomendación "innovadora", pero la infraestructura física resulta crucial para poder crear y permitir el ambiente que favorezca la prestación de servicios de calidad. Como se comentó en el capítulo 4: Finanzas de la Salud, la inversión en la infraestructura de la salud de Guatemala ha estado estancada desde hace tiempo, y el equipo del HSA pudo atestiguar de primera mano la necesidad de actualizaciones y mejoras en el sumamente ocupado Hospital Nacional de Referencias Roosevelt. Un plan de infraestructura nacional debe incorporar una evaluación de necesidades que asigne prioridad a zonas rurales y desatendidas, y debe tomar en cuenta dentro de su proyección de costos los recursos humanos y suministros necesarios para que las instalaciones puedan ser operacionales. Un plan de infraestructura establecería objetivos medibles para poder hacer a los líderes responsables de sus logros, y brindaría una oportunidad para movilizar apoyo para la reforma de salud con metas tangibles, y fácilmente comunicables.

6. RECURSOS HUMANOS

6.1 Panorama de Recursos Humanos para la Salud

Tal y como se definió en el Reporte Mundial de la Salud de 2006, la fuerza laboral consiste en “todas las personas relacionadas en acciones cuyo propósito principal es mejorar la salud” (OMS 2006). Esta definición incluye no solamente a los proveedores de salud, como por ejemplo doctores y enfermeras, también incluye a los trabajadores administrativos y que prestan otros servicios de apoyo que son primordiales para el buen funcionamiento del sistema de salud. Este capítulo del HSA está dividido en tres secciones principales: la primera resume la situación actual de recursos humanos para el área de salud (en lo sucesivo “HRH” – por sus siglas en inglés) en Guatemala, a través de cuatro dimensiones críticas para promover la Cobertura universal de salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Campbell et al. 2013a) (Figura 6.1).

FIGURA 6.1. DIMENSIONES CRÍTICAS DE HRH PARA PROMOVER LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD



Fuente: Adaptado de Campbell et al. 2013b

La segunda sección sigue el Programa de Acción de Recursos Humanos para la Salud de la Alianza Global para la Fuerza de Trabajo en Salud, para evaluar las seis “Áreas de Acción” de Recursos Humanos del sector salud: Liderazgo, Políticas, Sistemas de Administración de Recursos Humanos, Educación, Finanzas y Colaboración. Una evaluación de estos seis dominios permite un análisis más amplio a las causas detrás de la crisis de los recursos humanos en el área de la salud en Guatemala y ofrece los cimientos para el desarrollo de las recomendaciones. La última sección del capítulo incluye recomendaciones a corto y largo plazo para reforzar la fuerza de trabajo en el área de salud en Guatemala.

6.2 Situación Actual de Recursos Humanos para la Salud

La situación del personal sanitario (HRH) varía considerablemente entre los principales empleadores de trabajadores de salud en Guatemala: MSPAS, IGSS y el sector privado. Aunque no estuvieron disponibles para la revisión del equipo del HSA datos detallados sobre el número de personal en el área de salud, los datos de Cuentas Nacionales en Salud claramente identifican al MSPAS, IGSS y al sector privado como los proveedores clave de servicios de salud en Guatemala. Las débiles estructuras institucionales del MSPAS para la gobernanza y administración en Guatemala están ejemplificadas por la falta de sistemas de información unificados sobre HRH, lo que dificulta la medición de números, distribución y desempeño de los trabajadores del área de salud a lo largo y ancho del país. El equipo del HSA usó los datos disponibles sobre HRH en Guatemala para resumir la disponibilidad, accesibilidad y calidad de la fuerza de trabajo en salud.

Disponibilidad

De acuerdo con la OMS, la disponibilidad de HRH se define como “la oferta suficiente y personal apropiado de trabajadores de la salud, con la combinación de habilidades y competencias relevantes que puedan satisfacer las necesidades de salud de la población” (Campbell et al. 2013b). El indicador que se usa con mayor frecuencia para disponibilidad de HRH es la densidad de trabajadores sanitarios – la proporción de médicos, enfermeros y parteras para la población general. En Guatemala, el MSPAS/OPS midió esta densidad por última vez en 2013. Tal y como se muestra en la siguiente tabla, Guatemala tiene la menor densidad de trabajadores de salud en América Central, 12.5 trabajadores sanitarios por cada 10,000 habitantes (MSPAS/OPS 2013).

**TABLA 6.1. DENSIDAD DE TRABAJADORES DEL ÁREA SALUD*
EN AMÉRICA CENTRAL, 2013**

País	Trabajadores del Sector Salud por cada 10.000 habitantes
Guatemala	12.5
Honduras	13.6
Nicaragua	16.0
El Salvador	20.0
Belice	23.8
Panamá	27.0
Costa Rica	33.8

*Trabajadores de salud son doctores, enfermeros y parteras. Nota: Guatemala tiene pocas parteras con capacitación formal. Como se discute a continuación, el nuevo programa de capacitación para parteras en el Altiplano Occidental busca solucionar esta falta.

Fuente: MSPAS/OPS 2013

Esta densidad de trabajadores de la salud es aproximadamente la mitad de la proporción de 22.8 por cada 10,000 habitantes que recomienda la OMS, como cifra mínima para que opere apropiadamente un sistema de salud. Es mucho menor que los 34.5 trabajadores por cada 10,000 habitantes que recomienda la Organización Internacional de Trabajo con el propósito de ampliar la cobertura de un paquete general de beneficios para la población general y el estimado de 59.4 por cada 10,000 habitantes requeridos para reducir las muertes maternas a menos de 50 por 100,000 nacimientos vivos para el año 2035, bajo la Iniciativa de Fin a Muertes Maternas Prevenibles (Campbell et al. 2013b).

Accesibilidad

La accesibilidad a HRH incorpora aspectos tales como distribución geográfica equitativa de los trabajadores de la salud, así como los costos financieros y no financieros que asumen los pacientes para tener acceso a los servicios de salud (Campbell et al. 2013b). Mientras que el MSPAS ha reducido las barreras financieras para la atención a la salud con la eliminación de tarifas de usuarios, muchas comunidades se encuentran lejos de los centros y puestos de salud. Casi tres millones de guatemaltecos, o 20 por ciento de la población total, viven a una distancia superior a los cinco kilómetros de una instalación de salud ¹⁰— una distancia significativa para familias que no tienen acceso a vehículos de motor o que viven en regiones montañosas con terrenos agrestes. Además, existen inequidades muy grandes entre las áreas rurales y las áreas urbanas en el acceso a los trabajadores de la salud. Hay 25.7 trabajadores de salud por cada 10,000 habitantes en áreas urbanas, en comparación con tan solo 3.0 trabajadores en las áreas rurales (MSPAS/OPS 2013). En otras palabras, el acceso a los trabajadores de la salud en las áreas urbanas es ocho veces mayor que en las áreas rurales. Esta diferencia refleja los muchos retos que existen para atraer a los profesionales de la salud hacia las áreas rurales, incluyendo las condiciones difíciles para vivir y trabajar en esos lugares, la distancia entre estas áreas y la familia y la falta de incentivos financieros para trabajar en las áreas rurales. Los informantes clave también citaron las oportunidades que tienen los médicos en áreas urbanas para complementar sus ingresos al trabajar en el sector privado (práctica dual) como factor adicional que limita el número de médicos que están dispuestos a trabajar en las áreas rurales más pobres de Guatemala.

Aceptabilidad

La OMS define la aceptabilidad de HRH como *“las características y habilidad de la fuerza de trabajo para tratar a todos los pacientes con dignidad, provocar confianza y facilitar o promover la demanda de servicios; esto puede adquirir muchas formas, por ejemplo, proveedor del mismo sexo o proveedor que entienda o hable la misma lengua y que la conducta sea respetuosa de acuerdo con la edad, religión y los valores sociales y culturales”* (Campbell et al. 2013b). Este es un tema muy relevante en un país tan diverso como Guatemala, en el que el 40 por ciento de la población se auto define como indígena. De acuerdo con la Encuesta de Salud Materno Infantil 2008-2009, 20 por ciento de las mujeres indígenas en edad reproductiva no hablan español (MSPAS 2010) y para aquellas que hablan español, lo hacen con frecuencia como su segunda lengua. Esta barrera del idioma incluye ramificaciones importantes para la relación entre los trabajadores de la salud quienes con frecuencia solo hablan español y los indígenas usuarios de los servicios de salud. De acuerdo con un estudio usando los datos del ENSMI para analizar las diferencias étnicas observadas entre el uso de planificación familiar y partos en Guatemala, la barrera del idioma es el factor número uno responsable del bajo uso de los servicios de salud por parte de las mujeres indígenas, por encima de otros factores tales como educación e ingresos familiares (Ishida et al. 2012).

¹⁰ Consultar el Capítulo 5: Entrega de Servicio para conocer un análisis más detallado sobre acceso geográfico a los servicios de salud

Además de la aceptabilidad lingüística y cultural, la mezcla de habilidades de proveedores de servicios de salud también es una medida importante de aceptabilidad de HRH, y en el caso de Guatemala, la mezcla de habilidades de los proveedores está significativamente desequilibrada. Aunque es difícil determinar la distribución ideal de los perfiles de trabajadores de salud, ya que la fuerza de trabajo debe responder a los desafíos y necesidades básicas del país, la proporción de enfermeros – médicos es una medida aproximada de esta distribución. Un punto de referencia de este indicador es el promedio país de la OCDE de 2.8 enfermeros por 1 médico y en un escenario con recursos limitados, generalmente la recomendación es que esa proporción sea aún mayor (Campbell et al. 2013b). Sin embargo, en Guatemala la proporción es de 0.66 enfermeros por médico (MSPAS/ OPS 2013). De acuerdo a la medición realizada por MSPAS/OPS de metas HRH en 2013, esta baja densidad de trabajadores de salud está agravada por retos tales como un alto índice de deserción en los programas de enfermería en Guatemala (el 69 por ciento de estudiantes de enfermería no se gradúan [Comisión Inter-institucional 2014]), una falta de reconocimiento a la profesión y bajos salarios (MSPAS/OPS 2013).

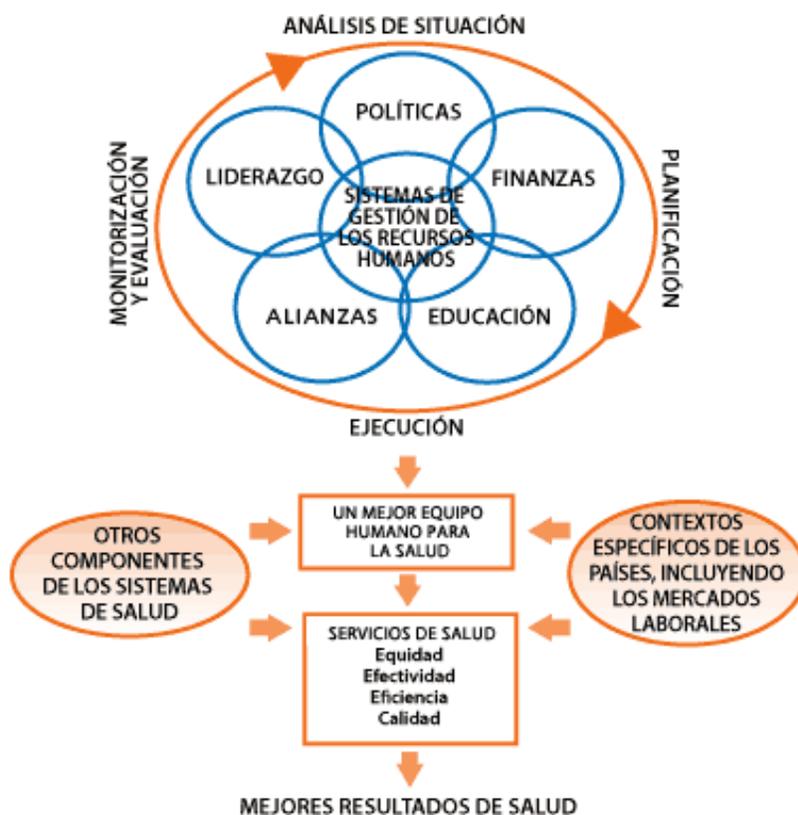
Calidad

La OMS define calidad de HRH como “las competencias, habilidades, conocimiento y comportamiento del trabajador de salud, evaluado de acuerdo con los estándares profesionales (u otras normas guía) y como lo perciben los usuarios” (Campbell et al. 2013b). Los indicadores estándares de la calidad de trabajadores de salud, tal y como se describe en el Reporte “No Hay Salud sin una Fuerza de Trabajo”, incluye mecanismos para la acreditación de las instituciones de capacitación y el reglamento y licencias para los profesionales de la salud (Campbell et al. 2013b). En el caso de Guatemala, existen mecanismos para acreditar las escuelas de medicina y de enfermería y otras instituciones de capacitación para otros profesionales de la salud, como por ejemplo enfermeros auxiliares. El registro en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, CMCG) es obligatorio, por ley, para que todos los médicos puedan obtener su licencia. Mientras que la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria y los estatutos del CMCG estipulan que los trabajadores de salud deben presentarse a re-certificación periódica y procedimientos de acreditación, el único requerimiento en la práctica es para los miembros activos, quienes deben pagar las cuotas mensuales (Decreto 72-2001). Por lo tanto, hay poca reglamentación para los trabajadores de salud una vez que se gradúan y obtienen su licencia. De acuerdo con una reciente evaluación de salud en el sector privado que realizó el proyecto SHOPS, también hay algunas cuantas barreras para el registro de establecimientos de salud del sector privado y reglamentos mínimos para los trabajadores de la salud empleados en el sector privado (Cisek et al. 2015).

6.3 Áreas de Acción

La siguiente sección analiza HRH en el sistema de salud guatemalteco a través de los lentes de las seis Áreas de Acción del Programa de Acciones de la Alianza Global para la Fuerza de Trabajo en Salud que se describe a continuación. Estos seis dominios representan áreas en las que los gobiernos y ministerios de salud pueden implementar reformas para influir en el desempeño de HRH. El abordar estas seis áreas de acción de HRH es clave para reforzar la fuerza de trabajo de salud así como el mejoramiento de la equidad, efectividad, eficiencia y calidad en la prestación de servicios y resultará finalmente en mejores servicios de salud para la población.

FIGURA 6.2. PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA ALIANZA GLOBAL DE FUERZA DE TRABAJO EN SALUD



Fuente: Reproducido de: <http://www.capacityproject.org/framework/>

6.3.1 Liderazgo

De acuerdo con el artículo 39 de la Ley del Organismo Ejecutivo, el MSPAS es la entidad principal responsable de la administración de HRH, pero el MSPAS enfrenta mayores retos para lograr un reglamento más efectivo para regular a los trabajadores de salud fuera del MSPAS y a otros actores en la arena de Recursos Humanos en la Salud. Como en el sector salud en general, las limitaciones jurídicas y presupuestarias han impedido al MSPAS establecer una capacidad reguladora seria sobre actores tales como los proveedores del sector privado y del IGSS. Además, la Dirección General de Recursos Humanos (DGRH) del MSPAS, dirige sus esfuerzos principalmente hacia el manejo y administración (por ejemplo, contratación, reclutamiento y pago de nómina) de la fuerza de trabajo del MSPAS y menos hacia la gobernanza (es decir, políticas, reglamentos y coordinación) de HRH en todo el sector salud. De acuerdo con la evaluación de los procesos de HRH entre cuatro unidades administrativas del MSPAS (incluyendo la DGRH), todas las cuatro organizaciones recibieron la calificación de 1 de 4 (siendo uno la calificación más baja) con respecto a la administración y desarrollo de capacidades de liderazgo entre el personal (Barrientos 2013). Aunque sí se han realizado otros esfuerzos relacionados con la capacitación en servicio al personal, el tema de liderazgo simplemente no ha sido una prioridad.

La falta de continuidad entre el personal de nivel directivo en el MSPAS, junto con los altos niveles de rotación de personal ejecutivo contribuyen a un liderazgo débil en HRH. Las estadísticas relacionadas con rotación de trabajadores de salud no estuvieron a disposición del equipo del HSA; sin embargo, los informantes clave del HSA confirmaron que la rotación es frecuente en todo el sector salud de Guatemala. Por ejemplo, en los cuatro años de la presidencia de Pérez Molina, ha habido tres ministros de salud. La rotación de personal en el nivel superior afecta a la moral de los trabajadores de salud en los niveles inferiores. Tal y como reporta Barrientos, el reemplazo y la rotación del MSPAS se considera normal en la cultura de la organización: *“es bien sabido que la llegada de nuevo personal en puestos de autoridad implica cambios en los procedimientos y en la forma en que se hacen las cosas, desalentado el sentimiento de pertenencia y dedicación entre el personal existente, y dada la falta de procesos institucionales y documentados, el resultado es la pérdida de la memoria institucional y organizacional”* (2013).

Este sentimiento es compartido entre varios participantes entrevistados, tanto dentro como fuera del MSPAS, quienes mencionan que la falta de criterios basados en méritos para la selección y designación del personal, es otro obstáculo para reforzar los recursos humanos del sector salud. Más allá de la rotación entre los administradores de alto nivel, la presión política de otros actores, tales como sindicatos y políticos, también influye en el proceso de selección. A finales del 2014 hubo un escándalo cuando se dio a conocer en la Internet un audio donde se escuchaba a una diputada que instruía al director de un área de salud a contratar y a despedir personal. Después, el Ministro de Salud despidió de su puesto al director del área en cuestión aunque el Ministerio Público desechó los cargos que se imputaron a la diputada (<http://www.elperiodico.com.gt/es/20141106/pais/4448/Ministro-identifica-a-diputada-y-jefe-de-Salud-en-grabaci percentC3 percentB3n.htm>).

En suma, una administración y gobernanza débiles de HRH afectan al sistema de salud en varios niveles, limitando la capacidad del MSPAS para regular de manera efectiva a los trabajadores de salud, para comprometerse con planes de largo plazo para el desarrollo de HRH y para implementar cambios de políticas para mejorar la distribución, la administración y el desempeño del personal de salud del MSPAS. Teniendo en cuenta estos desafíos, la participación y asociación de otros actores en la arena de HRH son críticas para brindar liderazgo y reforzar la capacidad del MSPAS para regular a los recursos humanos de salud y por último, para mejorar la condición de HRH y reforzar el sistema de salud.

6.3.2 Asociaciones

La participación de muchos actores diversos en HRH necesita de asociaciones sólidas para desarrollar e implementar políticas que mejoren efectivamente la fuerza de trabajo de salud. La Comisión Inter-institucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud, o “Comisión”, es una de esas asociaciones que reúne a los representantes del MSPAS, IGSS, Sanidad Militar, OPS y a las instituciones de capacitación más importantes en Guatemala para médicos y trabajadores de salud para contribuir a una investigación más amplia en el sector salud y para solucionar los retos de la capacitación y educación de sus trabajadores. La Comisión también creó el Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud para recopilar y compartir información sobre el estado de la fuerza de trabajo de salud en Guatemala. Mientras que la página web del Observatorio contiene datos de la medición más reciente sobre el avance de Guatemala hacia las metas de HRH Regional de la OPS en 2013, por lo general no ofrece información actualizada sobre el tamaño o composición de la fuerza de trabajo. Se supone que las instituciones de salud presentan datos al Observatorio cada seis meses; no obstante, los informantes clave comentaron que rara vez se respeta ese calendario y que las instituciones típicamente responden a solicitudes específicas en lugar de cumplir con los reportes de rutina.

La comunidad internacional ha desempeñado un papel importante en su asociación con el MSPAS y la Comisión. En 2007, La 27ava Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó la resolución CSP27.R7, “Metas Regionales para Recursos Humanos para Salud, 2007–2015.” Esta resolución estableció 20 metas para hacer frente a los retos de HRH en la región y el Observatorio Regional de la OPS ha apoyado a los países en la recopilación de datos sobre 20 indicadores que miden el avance en pro de estas metas. Después de establecer un parámetro básico en 2011, MSPAS/OPS llevaron a cabo una segunda medición en 2013. Los reportes de estos estudios brindan los datos comparables más recientes sobre HRH en toda la región y en Guatemala estos reportes ofrecen los indicadores combinados más recientes de la fuerza de trabajo en salud, incorporando datos del MSPAS, IGSS, Sanidad Militar y del sector privado.

Además de las instituciones académicas y organizaciones internacionales, los sindicatos son los participantes clave que influyen en la dirección de HRH en Guatemala. Después de prolongadas negociaciones en 2013, el MSPAS firmó un convenio con el Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud de Guatemala (SNTSG), el sindicato predominante del personal del MSPAS. El convenio, conocido como El Pacto Colectivo, compromete al MSPAS, entre otras cosas, a contratar más trabajadores como personal permanente en lugar de como contratistas. En el Centro de Investigaciones Nacionales (CIEN), el convenio incluye únicamente concesiones para el SNTSG y agrega beneficios para los empleados sin mecanismos ni convenios para mejorar el desempeño o la responsabilidad de los trabajadores de salud (Casasola 2014).

6.3.3 Política y Planeación

Los planes y políticas de HRH sufren los mismos desafíos relacionados con el sostenimiento de planes a largo plazo en todo el sector salud, tal y como se explica con mayor detalle en el Capítulo 3: Gobernanza. Por ejemplo, el MSPAS desarrolló el Plan Estratégico de HRH 2007-2015, sin embargo este plan no recibió mucho apoyo. Más recientemente, se incluyó a HRH como una de las siete prioridades señaladas en el Plan Estratégico del MSPAS para 2014-2019. Los cinco objetivos estratégicos dentro del plan para HRH incluyen: 1) brindar educación continua para el personal administrativo; 2) establecer un plan para carrera de administración de salud pública para el personal del MSPAS; 3) desarrollar un plan para la administración de recursos humanos; 4) establecer equipos de Atención Primaria de la Salud para ampliar la cobertura y garantizar el acceso y 5) profesionalizar a la fuerza de trabajo del MSPAS. Sin embargo, al igual que con otros planes estratégicos previos, estas metas no han alcanzado altos niveles de compromiso político, en gran parte debido al cambio continuo del personal en todo el MSPAS con cada nueva administración política.

Un viejo marco legal es el obstáculo para las reformas de modernización y profesionalización de la fuerza de trabajo de salud. La actual ley del servicio civil que regula las políticas de la fuerza laboral del MSPAS data de 1971, y una ley propuesta que busca la creación de una carrera administrativa dentro del MSPAS, la Ley de Carrera Administrativa-Sanitaria, ha estado atorada en el Congreso desde hace años. Dicha reforma podría contribuir a mejorar la transparencia, responsabilidad y desarrollo de la fuerza laboral del MSPAS. Muchos entrevistados comentaron que ese marco legal es una de las barreras principales para reformar las políticas de compensación e implementar los programas basados en incentivos para reclutar y retener a los trabajadores de salud en las áreas rurales, en donde existe una escasez crítica.

A pesar de los retos para implementar los planes estratégicos de largo plazo, hay políticas y mecanismos que regulan la acreditación, emisión de licencias y reglamentación de trabajadores de salud, tal y como se describió en la sección de Calidad de HRH. También hay políticas para incorporar trabajadores de salud extranjeros; La Universidad de San Carlos es responsable de su certificación, aunque no existe un código internacional de práctica o convenio regional que regule el reclutamiento ético y migración entre los trabajadores de salud en la región. De acuerdo con los expertos locales de HRH entrevistados, a

pesar de la escasez de trabajadores de salud en muchas partes del país, Guatemala no es un importador neto de trabajadores de salud.

Existen algunas barreras para el establecimiento de servicios de salud del sector privado y la contratación de trabajadores de salud en el sector privado. La única certificación requerida a los médicos es el registro ante el CMCG, que es obligatorio para todos los médicos de acuerdo con la Ley Obligatoria de Colegiación. De la misma forma, los miembros de otros cuadros del sector salud deben inscribirse a sus colegios o asociaciones respectivos y de acuerdo con las entrevistas, el CMCG ha registrado a más de 19,000 médicos y trabajadores de salud. Según muchos entrevistados, desafortunadamente, parece que el CMCG no conserva registros sobre los sitios en los que están empleados estos trabajadores de salud o si ya abandonaron la fuerza de trabajo.

Ni el CMCG ni otras instituciones en Guatemala compilan datos agregados sobre el número de médicos que trabajan tanto en el sector público como en el sector privado. Sin embargo, muchos de los entrevistados comentaron que muchos médicos empleados por el IGSS y el MSPAS también trabajan en el sector privado, en donde el pago es mayor. La ausencia de datos confiables sobre locaciones de trabajo de HRH en Guatemala dificulta el análisis de la práctica y hace imposible su regulación.

6.3.4 Sistemas de Administración de Recursos Humanos

Los retos principales para mejorar la administración de la fuerza laboral del MSPAS incluyen: 1) mecanismos fragmentados de contratación; 2) sistemas fragmentados de información; 3) aplicación variable de normas de reclutamiento y contratación y 4) sistemas débiles de administración de desempeño. En conjunto, estos desafíos inhiben el desarrollo de planes a largo plazo para que HRH tenga mecanismos para la evaluación de desempeño, transparencia y responsabilidad.

Uno de los retos principales para mejorar los sistemas de administración de recursos humanos en Guatemala es el creciente número de personal contratado mediante contratos temporales en lugar de puestos permanentes de personal de servicio civil. De acuerdo con participantes clave que fueron entrevistados, esta ha sido una tendencia cada vez más popular a partir de la firma de los Acuerdos de Paz en 1996 y las reformas a la salud de la década de 1990. Según las últimas cifras, más de la mitad de la fuerza laboral del MSPAS es contratada a través de mecanismos temporales (MSPAS 2014a). Estos contratos se deben renovar cada año y por lo regular incluyen salarios más bajos y no incluyen prestaciones. En contraste, los empleados del servicio civil del MSPAS están amparados por el plan de ayuda médica operado por el IGSS y son empleados permanentes del gobierno. De acuerdo con los entrevistados, existen índices de rotación más altos entre los empleados contratados que entre el personal del MSPAS.

La DGRH recopila la información sobre trabajadores de salud en dos sistemas separados – uno para el personal permanente y uno para el personal temporal. Ambos sistemas son utilizados principalmente para propósitos de contratación y pago. Ningún sistema recopila información cualitativa, como por ejemplo, ausentismo de empleados o resúmenes de revisiones al desempeño de su trabajo. Tampoco hay estadísticas sobre rotación de personal. GUATENOMINAS es el sistema de información que se utiliza para el personal permanente del MSPAS y sirve como sistema de pago de nómina para todo el sector público; este sistema no se creó como una herramienta para la administración de HRH y monitorear a los indicadores de desempeño. La tarea de monitorear el desempeño de HRH a lo largo del sistema de salud se ve aún más limitada por el hecho de que el MSPAS ha delegado funciones administrativas a 85 unidades administrativas de menor nivel (principalmente hospitales y áreas de salud), cada una de las cuales tienen diferentes niveles de capacidad administrativa. En efecto, el MSPAS tiene 85 unidades de recursos humanos, administrando 85 nóminas para el personal permanente.

Los datos de HRH sobre el personal contratado a través de mecanismos temporales, por otro lado, entran al sistema iHRIS, que fue implementado recientemente con el apoyo de USAID a través del Proyecto Capacity de IntraHealth. iHRIS es un software de fuente abierta y el sistema ahora aloja información sobre más de 19,000 trabajadores de salud empleados por el MSPAS. El sistema cuenta con una amplia gama de funciones para monitorear los sitios a los que son desplegados los trabajadores, historial de salarios, promociones y transferencias, calificaciones profesionales, cursos tomados para capacitación en servicio, razones de la deserción y puestos vacantes y solicitantes para dichas vacantes. Sin embargo, Guatemala, ha usado este sistema principalmente para capturar datos de contratación. Los datos de HRH en iHRIS incorpora los datos de 85 unidades administrativas, permitiendo que la DGRH consolide la nómina y verifique la información en contratos para trabajadores temporales y asegure, por ejemplo, que los trabajadores de salud con contratos en diferentes hospitales no puedan tener contratos con más de 40 horas de trabajo por semana. Por lo tanto, el sistema se puede utilizar para eliminar trabajadores “fantasma” de la nómina. Sin embargo, el proceso para capturar datos en el sistema iHRIS está centralizado en la DGRH, y los entrevistados indican que el proceso de contratación sigue representando un flujo constante de trabajo de papeleo, que va de un lado a otro, entre las áreas de salud y la DGRH. En resumen, aunque es cierto que el sistema iHRIS ha ayudado a mejorar la transparencia de la contratación de HRH que se contrata a través de mecanismos temporales, el sistema de información no se está usando a su máximo potencial para facilitar la administración de la fuerza de trabajo en el área de salud y esto se complica aún más por la desconexión entre los sistemas iHRIS y GUATENOMINAS.

Los sistemas de información de HRH del MSPAS no incorporan datos del resto del sector salud. Mientras que el IGSS usa un sistema efectivo y publica reportes estadísticos anuales sobre su fuerza laboral, virtualmente no existen datos unificados sobre la fuerza laboral en el sector privado. Los datos reportados a través del Observatorio Nacional de HRH en el mejor de los casos son incompletos, y la falta de datos de todo el sector constituye un reto significativo para el desarrollo de planes a largo plazo para el sector. Además la fragmentación de los propios sistemas de información del MSPAS contribuye a una mala administración de la fuerza laboral del MSPAS.

Los procesos de administración para el reclutamiento, selección y contratación de personal podrían mejorarse para aumentar la eficiencia, transparencia y responsabilidad. A pesar de los procesos establecidos claramente para la contratación de personal a nivel central, los estudios han demostrado que hay falta de transparencia en el reclutamiento y selección, y que hay una aplicación variable de las normas y políticas de reclutamiento y selección en las diferentes unidades administrativas (Barrientos 2013). El MSPAS ha establecido únicamente procesos de capacitación y entrenamiento muy limitados para las nuevas contrataciones.

El mayor impedimento para mejorar el desempeño y la moral del personal es la debilidad de los procesos para administrar el desempeño en todo el MSPAS. Los informantes clave describieron sistemas de supervisión débiles y reportaron que no hay una evaluación sistemática al desempeño de la fuerza laboral de la salud; algunos participantes sugirieron que solo los médicos y residentes internos en hospitales de capacitación son quienes son sometidos a evaluaciones formales de desempeño. Los criterios para aumentos salariales establecidos por el Pacto Colectivo con el sindicato predominante de trabajadores recompensa al personal permanente en base a cuántos años han trabajado en el MSPAS, sin tomar en cuenta el desempeño. En la Ley del Servicio Civil se señalan los procedimientos generales disciplinarios, aunque éstos no se aplican uniformemente en todo el MSPAS (Barrientos 2013). Los informantes clave indicaron que incluso en los casos de violaciones más graves cometidas por el personal del MSPAS resulta muy difícil a la DGRH despedir a los miembros del personal permanente debido a los complejos procesos judiciales que demandan una evidencia muy sólida y comprobable para justificar la terminación del empleo de los servidores civiles. Sin considerar si existen realmente mecanismos para revisión de desempeño formal para los empleados del MSPAS, el equipo HSA detectó

que el sentimiento que prevalece es que los trabajadores de salud piensan que las promociones y recompensas no se basan en mediciones objetivas del desempeño, tales como calidad de trabajo realizado o la retroalimentación que reciben de las comunidades para quienes trabajan. Estos sentimientos afectan la moral de los trabajadores en todo el sistema del sector salud.

6.3.5 Financiamiento

Los salarios y prestaciones de los trabajadores de salud representan la mayor parte de los costos del sistema de salud en Guatemala. En 2012, HRH representó el 48 por ciento del presupuesto asignado para el MSPAS, aunque las estadísticas recientes no separan los gastos gubernamentales generales en HRH entre el MSPAS y el IGSS. El MSPAS ha establecido planes de compensación y prestaciones para los empleados permanentes en base al Pacto Colectivo. Sin embargo, menos de la mitad (46 por ciento) de los 49,074 trabajadores del MSPAS son empleados a través de dichos mecanismos (MSPAS 2014a). Los demás empleados están contratados bajo contratos temporales que típicamente incluyen salarios y prestaciones menores y que deben renovarse cada año. Además, no hay incentivos financieros para cualquiera de los tipos de empleados en áreas rurales, además de que se limita la capacidad del MSPAS para desplegar de manera efectiva a los trabajadores de salud a los sitios en donde se les necesita más.

6.3.6 Educación y Desarrollo

Las instituciones de educación y desarrollo que capacitan a los profesionales de la salud para hacer frente a las necesidades de la población son participantes críticos en la creación de una fuerza laboral fuerte, y la educación es un componente primordial en el Plan Estratégico 2014-2019 del MSPAS. Cuatro de los cinco objetivos estratégicos relacionados con HRH se relacionan directamente con la educación: educación continua para el personal administrativo, desarrollo de un plan de carrera, creación de equipos multidisciplinarios de salud con un enfoque en cuidados primarios y la profesionalización de la fuerza laboral del MSPAS (MSPAS 2014b).

Existen cinco universidades que capacitan a los médicos en Guatemala, siendo la universidad nacional pública, la Universidad de San Carlos, la que capacita al mayor número de médicos. Casi todos los médicos son capacitados en la capital del país, en donde se localizan todas las escuelas de medicina, aunque la Universidad de San Carlos cuenta con tres centros regionales que también capacitan a grupos más pequeños de estudiantes de medicina – Quetzaltenango en el occidente, Chiquimula en el oriente y Escuintla en el sur. Cuatro de las ocho universidades y centros apenas acaban de comenzar sus programas de medicina dentro de los últimos 10 años. La capacitación de especializaciones también se concentra principalmente en el Departamento de Guatemala. De acuerdo con las estadísticas más recientes del MSPAS, 844 de los 1,525 residentes trabajando en las instalaciones del MSPAS trabajan en solo dos hospitales en Ciudad de Guatemala (ONHRS 2015).

Mientras que los informantes clave comentaron que las escuelas de medicina de Guatemala están produciendo médicos competentes, muchos expresaron su preocupación en que el estudiante típico de las escuelas de medicina está más interesado en una especialización que en proporcionar los servicios tan necesarios de cuidados básicos de la salud en las comunidades rurales donde tanta falta hace dicho servicio. Algunos informantes indican que debido al fuerte enfoque curativo y biomédico de las escuelas de medicina, los médicos que se gradúan de estas escuelas no entran a la fuerza laboral con la preparación adecuada para satisfacer las necesidades de cuidados básicos de salud en el país; los entrevistados comentaron que había falta de enfoque en los determinantes sociales de la salud, cuidados preventivos y primarios entre el currículo actual de medicina. Como se expuso en la discusión de Entrega de Servicio, la barrera del idioma entre las mujeres indígenas, que no hablan bien el español, y el personal que habla español en la mayoría de las instalaciones médicas, sigue siendo un obstáculo para el

uso del servicio por parte de las mujeres indígenas. Las escuelas de medicina se han embarcado en reformas para reforzar los elementos de los cuidados primarios de salud y han agregado temas en determinantes sociales de la salud a sus currículos, sin embargo, siguen existiendo retos para reforzar la capacitación conjunta de médicos y otros trabajadores de la salud con el propósito de prepararlos para que se conviertan en miembros de equipos interdisciplinarios de salud (Comisión Inter-institucional 2015).

Hay muchas escuelas de enfermería en todo el país; Por ejemplo, la Universidad Panamericana tiene un programa de enfermería en 22 centros diferentes. Sin embargo, las cifras de deserción son muy altas entre los médicos y los enfermeros. De acuerdo con datos del MSPAS/OPS 2013 el 69 por ciento de estudiantes de medicina y enfermería no concluyen sus estudios puntualmente. Los retos para incrementar el número de enfermeros en la fuerza laboral también incluyen falta de reconocimiento a la profesión y los bajos salarios (MSPAS/OPS 2013). En base a un estudio de estudiantes de enfermería que desertaron de cinco de los programas de enfermería más importantes entre 2010 y 2012, el 59 por ciento de los estudiantes dejaron sus estudios por razones académicas, como por ejemplo, no aprobación de un curso. Otras razones para la deserción incluyen la insatisfacción de los estudiantes con sus profesores (14 por ciento), descontento con las instalaciones de la escuela (20 por ciento) y dificultades financieras (35 por ciento) (De León y Solís 2013).

Considerando los retos para incrementar el número de enfermeros profesionales, el MSPAS ha confiado cada vez más en enfermeras auxiliares para cubrir las necesidades de centros y puestos de salud en todo el sistema de salud. Las enfermeras auxiliares en Guatemala reciben una capacitación de tiempo completo durante 10 – 11 meses (en comparación con los tres años que estudian los enfermeros registrados), que incluye atención y tratamiento para las enfermedades comunes de la infancia, tales como diarrea y neumonía. Las enfermeras auxiliares sí reciben capacitación para ayudar en casos de partos complicados, pero no están bien preparados para manejar emergencias obstétricas. Sin embargo, los participantes clave los describen como “la columna vertebral del sistema APS en las áreas rurales” porque pueden ser rápidamente capacitados y desplegados. Las enfermeras auxiliares adquieren sus conocimientos en los centros de capacitación de MSPAS que se encuentran a lo largo del país, así como en otras instituciones acreditadas por el mismo MSPAS.

El MSPAS y sus socios han dado grandes pasos en pro del desarrollo de otros cuadros de trabajadores de salud para satisfacer las necesidades de HRH del país. Actualmente, Guatemala cuenta con pocas parteras con capacitación formal y no existe ningún programa de capacitación. Para solucionar esta falta, el MSPAS se ha asociado con la Universidad Da Vinci de Guatemala y la Universidad San Martín de Porres de Perú para implementar un nuevo programa de capacitación para parteras en el Departamento de Huehuetenango en la Altiplanicie Occidental, el programa recibirá fondos del MSPAS para ofrecer becas para estudiantes de las comunidades locales. La Universidad de San Martín de Porres brindará asistencia técnica, en base a su experiencia en la implementación de un programa de capacitación similar en Perú. Como respuesta a la elevada tasa de mortalidad materna en Guatemala, el propósito de este programa es reforzar la oferta de parteras calificadas capacitados en áreas rurales, capacitando a estudiantes más cerca de sus comunidades esperando que estos estudiantes hablen las lenguas locales y regresen a estas áreas para atender a sus comunidades.

Por último, ninguna discusión sobre la fuerza de trabajo de salud estaría completa sin mencionar a los miembros de la comunidad quienes participan en el sistema de salud. Guatemala cuenta con cuadros de trabajadores de la salud comunitarios (facilitadores comunitarios), parteras tradicionales (comadronas) así como otros curanderos tradicionales. Los facilitadores comunitarios desempeñan un papel crítico en la expansión del PEC, así como en otros modelos de entrega de servicio, tales como el enfoque de telemedicina TulaSalud. De acuerdo con los planes compartidos recientemente por el MSPAS, éstos continuarán desempeñando un papel muy importante en la nueva estrategia del MSPAS para APS.

Además de los facilitadores comunitarios, las comadronas mayas y los curanderos tradicionales durante mucho tiempo han sido la primera fuente de cuidados para la mayor parte de la población indígena de Guatemala. Por ejemplo, el Modelo Incluyente de Salud (MIS), se ha comprometido con las comadronas y los curanderos tradicionales para ayudar en la vigilancia de enfermedades, mientras que las comadronas también desempeñan un papel muy importante al referir a las madres para que vayan a los establecimientos de salud para la atención de su parto.

La educación continua y el desarrollo profesional de los trabajadores de la salud también es clave para su desempeño sostenido. En la Dirección General de Recursos Humanos del MSPAS, el Departamento de Capacitación y Desarrollo, (DECAP) supervisa todos los aspectos de la capacitación en servicio y creación de cursos de capacitación. DECAP desarrolla planes anuales de capacitación en servicio con el fin de reforzar la capacidad de las 85 unidades administrativas.

6.4 Conclusiones y Recomendaciones

Corto plazo

La desigualdad en el acceso a servicios de salud entre la zona urbana y la zona rural sugiere que el gobierno de Guatemala debe dar prioridad a la expansión de servicios de salud en las áreas rurales. Con una densidad de trabajadores de salud de 26 trabajadores capacitados por cada 10,000 habitantes en áreas urbanas, en comparación con tres por cada 10,000 habitantes en áreas rurales, el acceso a trabajadores capacitados es ocho veces mayor en las áreas urbanas. La eliminación del PEC en 2014 sin haber creado un mecanismo que lo reemplazara ha empeorado los retos de acceso a servicios de salud en áreas rurales, mientras que la proliferación de mecanismos de contratación temporal ya ha afectado al sistema de salud y a sus trabajadores. Los contratos temporales han creado condiciones inestables de trabajo para el personal de la salud y ha contribuido a altos índices de rotación, que a su vez perpetúa la influencia de actores externos en la toma de decisiones de recursos humanos. Tal y como lo demuestra la evidencia reunida por Ishida et al. (2012), las barreras del idioma entre los trabajadores de la salud y las comunidades indígenas marginalizadas, presentan un obstáculo mayor para el uso de los servicios de salud entre aquellas poblaciones.

Recomendaciones:

1. **Reducir la dependencia de empleados temporales** e implementar monitoreo del desempeño de los trabajadores de salud y mejoramiento. El Pacto Colectivo ha operado durante 2015; debe renegociarse para continuar respaldando la transición de los trabajadores de la salud a las condiciones del servicio civil, al mismo tiempo que se buscan mejores mecanismos para evaluar el desempeño, transparencia y responsabilidad. Como paso inicial, el MSPAS debe de explorar contratos a largo plazo que ofrezcan algunas (si no es que todas) las prestaciones que se ofrecen a los empleados permanentes, al mismo tiempo que se inician mecanismos basados en el desempeño dentro de cada tipo de contrato.
2. **Establecer incentivos para reubicar en áreas rurales a trabajadores de la salud:** Una estrategia efectiva para redistribuir a los trabajadores de salud en las áreas rurales es incrementar el pago y las prestaciones para médicos y enfermeros, y otros cuadros de trabajadores capacitados de la salud (Maeda et al. 2014). Estos incentivos se pueden asociar a programas de ayuda social y/o académica y becas para programas de enfermería con el fin de reducir los extraordinariamente altos índices de deserción.

3. **Reclutar y entrenar a trabajadores de salud multilingües de las áreas rurales** que están más cerca y sean más afines a las comunidades que pretenden atender. Esta estrategia requerirá reclutamiento de trabajadores de salud dentro de las comunidades indígenas para ser capacitados, ampliando así el enfoque de los programas de capacitación, para incluir métodos más apropiados culturalmente para las comunidades indígenas, usando a los facilitadores comunitarios de manera colaborativa. Al mismo tiempo, las escuelas de medicina y de enfermería deben seguir reorientado su currículo hacia APS, de acuerdo con las necesidades de la población, así como hacia la capacitación y desarrollo de equipos de salud multidisciplinarios.
4. **Comprometer a comadronas y practicantes de medicina tradicional** para reforzar los sistemas de referencia y mecanismos de vigilancia. La participación activa de miembros confiables de la comunidad, tales como parteras tradicionales y curanderos tradicionales en el sistema "formal" de salud aumentaría la confianza de las comunidades indígenas en los proveedores de servicios de salud, mejorando el uso de servicios clave de salud, incluyendo atención de partos en establecimientos de salud.

Mediano a Largo Plazo

Para permitir una cultura organizacional que se base en la responsabilidad y el mérito, el MSPAS debe llevar al personal a puestos de servicio civil mejor estructurados. Los mecanismos de contratación de servicio civil permanente incluye sus propios retos para mejorar el desempeño y la responsabilidad – así como mayores costos financieros – pero la reducción del número de personal en puestos temporales que no tiene prestaciones y estabilidad es crítico para permitir una mejor administración y desempeño de la fuerza laboral. Guatemala necesita una estructura legal actualizada con el propósito de profesionalizar a la fuerza laboral y establecer mecanismos claros y transparentes para contratar, determinar la compensación y las promociones. Un gran obstáculo para el establecimiento de sistemas de evaluación de desempeño, así como administración general y gobernanza de HRH, es la falta de información accesible, general, de alta calidad y actualizada sobre HRH.

Recomendaciones:

1. **Impulsar la Ley de Carrera Administrativa-Sanitaria actualmente estancada** a través del proceso legislativo para crear el marco responsable apropiado para puestos de carrera de servicio civil para los trabajadores de salud del MSPAS.
2. **Institucionalizar el proceso de planeación de HRH:** (identificar las fallas en las necesidades de HRH, desarrollar planes de capacitación, reclutamiento y retención de personal) y garantizar que estos planes se adaptan a los esfuerzos de planeación estratégica del MSPAS y así alinear el desarrollo de HRH para lograr objetivos estratégicos del sistema de salud que no cambien con cada nueva administración política. Es necesario desarrollar una estrategia nacional de HRH con metas claras y medibles que se usen para guiar las decisiones relacionadas con recursos humanos en las 85 unidades ejecutoras, tanto para el personal contratado como para el personal permanente.
3. **Implementar el espectro completo de la funcionalidad del sistema iHRIS** a todo el personal del MSPAS para rastrear, monitorear y planear con más efectividad y planear la asignación efectiva y eficiente de trabajadores de salud en todo el sistema.

- 4. Sensibilizar a los trabajadores de la salud en las prácticas obstétricas de las comunidades indígenas:** La capacitación previa al servicio y durante el servicio para los proveedores del servicio biomédico necesita incluir materiales para capacitar a los trabajadores de salud en las prácticas obstétricas indígenas. El personal en los establecimientos de salud debe contar con equipo y ofrecer servicios interculturales, y debe estar capacitado para integrar e implementar prácticas complementarias interculturales en las instalaciones de salud. También se deben llevar a cabo evaluaciones para identificar y solucionar la causa raíz de las barreras para implementar normas nacionales interculturales a nivel de establecimiento.

7. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD

7.1 Panorama del SIS en el MSPAS

La red de servicios de salud de Guatemala está compuesta por servicios de salud de tres niveles, atención primaria, atención secundaria y atención terciaria. El MSPAS tenía una red de más de 2,200 unidades de servicio en abril de 2015 (SIGSA 2015a) y la red se está expandiendo. Históricamente en Guatemala, el nivel terciario de servicio que está compuesto por los hospitales, se ha administrado de manera independiente del nivel primario y secundario. A partir de una amplia gama de entrevistas, el equipo del HSA detectó que la planeación de recursos médicos y administrativos y de prestación de servicios para hospitales y unidades de nivel primario y secundario tienen espacio muy limitado para la integración de datos; por lo tanto, la coordinación efectiva se basa en las buenas relaciones entre funcionarios clave de salud.

La Oficina del Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA) compila y administra la mayoría de los registros de entrega de servicio usando el grupo de herramientas de reporte del SIGSA.¹¹ Las unidades de salud de niveles primario y secundario reportan sus estadísticas de manera disgregada, mientras que la mayoría de los hospitales lo hacen de manera acumulada o total; sin embargo, existen plantillas por escrito (SIGSA 2013) y manuales (SIGSA 2015a) para incluir los registros de entrega de servicio de hospital en formato disgregado. Todos los niveles de entrega de servicio de salud en Guatemala usan las mismas formas de vigilancia de mortalidad materna y desnutrición, formas de reporte epidemiológico y plataforma de reporte para vigilancia epidemiológica, llamada Epiweb.

Además de la plataforma Epiweb, SIGSA y las formas de reportes epidemiológicos, el MSPAS y los establecimientos de salud del MSPAS usan o administran otros sistemas de información. Por ejemplo, INFHOS es un sistema de información para hospitales, Siviagua es el nombre del sistema de información para reportar temas de agua y saneamiento, SIAF es el sistema integrado de información financiera del Ministerio de Finanzas que usa el MSPAS para la administración de recursos y el iHRIS se ha implementado dentro de la Oficina de Recursos Humanos del MSPAS para administrar la información de la fuerza laboral de salud. La lista de sistemas de información de salud (SIS) y las herramientas conocidas por SIGSA incluye más de 40 sistemas de información; sin embargo, las entrevistas con funcionarios del MSPAS y con participantes externos indican que es posible que existan más de 40.

SIGSA es responsable de integrar todas las bases de datos necesarias para tomar decisiones informadas a cada nivel del MSPAS (SIGSA 2015b). También es la única entidad responsable de administrar, encabezar, proteger y mantener la plataforma del sistema de información del MSPAS y de mejorar los sistemas de información actuales o de crear nuevos sub-sistemas. A partir de las entrevistas, el equipo del HSA supo que SIGSA ha priorizado la integración de todas las bases de datos y sistemas de información del MSPAS, y se ha concentrado en mejorar la calidad de los datos recolectados principalmente a través de SIGSAweb, una plataforma basada en red de la mayoría de las herramientas del SIGSA. No obstante, ni SIGSA ni otras oficinas en el MSPAS han planeado estratégicamente la integración de todas las necesidades de los sistemas de información dentro del MSPAS, considerando el uso real de la información y la carga que los sistemas de información representan para el personal local.

¹¹ En este reporte, como en el MSPAS, "SIGSA" se refiere tanto a la oficina coordinadora de los Sistemas de Información de Administración de Salud como al sistema de administración de información en sí.

Por lo tanto, las herramientas del SIS del MSPAS se han desarrollado y continúan desarrollándose como respuesta a las solicitudes de toma de decisiones ad hoc de altos funcionarios y donantes, según su satisfacción o falta de satisfacción con la calidad o precisión de la información existente para sus necesidades particulares.

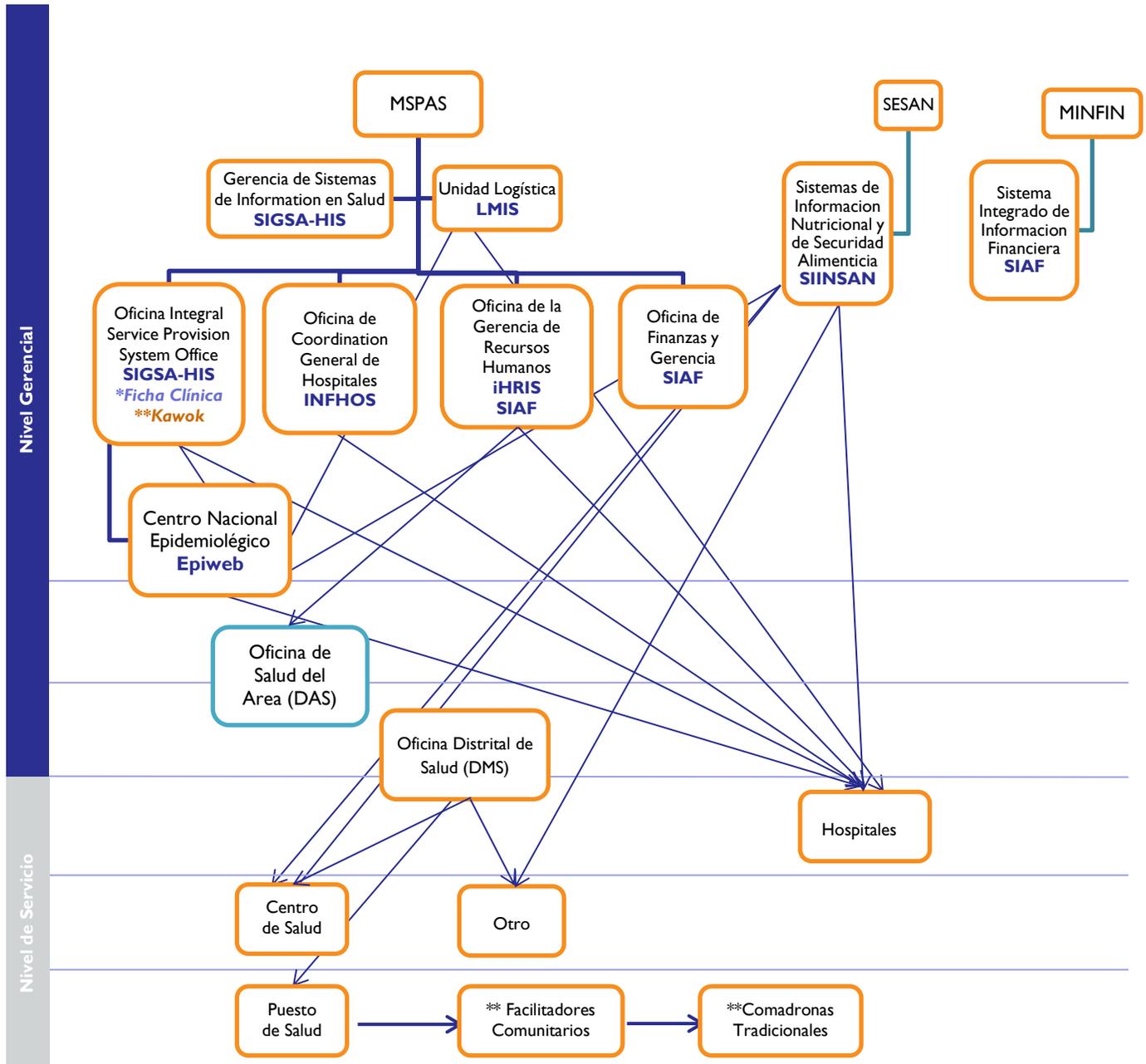
Las entrevistas de evaluación confirmaron que el SIS del MSPAS solamente es capaz de proporcionar información de los centros de servicio del MSPAS y con pocas excepciones algo de información del IGSS. La Oficina de Coordinación de Estadísticas del Sector Salud (conocida como OCSES por sus siglas en español) publicó otros datos de salud para 2007-2009 del IGSS y MSPAS dentro del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (MSPAS/OPS 2007-2009). A partir de la entrevistas, el equipo HSA supo que la OCSES está trabajando actualmente en el reporte 2010-2012 pero en la fecha de esta evaluación, todavía no había datos disponibles. Los entrevistados también comentaron que la información epidemiológica solamente se comparte entre los sectores público y privado en casos de emergencia.

7.2 Plataformas de Información

Dos semanas para la recolección de información en el país fue muy poco tiempo para que el equipo del HSA pudiera recolectar un inventario completo de todas las plataformas y registros existentes en el sector salud de Guatemala. Por lo tanto, esta sección se enfocará principalmente en las aplicaciones de salud que administra el SIGSA y en las plataformas que los entrevistados identificaron como las piezas más importantes de todo el SIS dentro de Guatemala. La Figura 7.1 muestra oficinas en el MSPAS central y otros ministerios y secretarías nacionales que desempeñan funciones importantes en el diseño, administración y uso de plataformas del sistema de información. Esta Figura también muestra las relaciones entre administración, implementación y entrega de servicio que las entidades desarrollaron para satisfacer las necesidades de reporte de plataformas de sistemas de información en el sector salud identificadas durante esta evaluación. Por último, la Figura incluye importantes plataformas de información que se encuentran en etapas de desarrollo o en su fase de planeación de actualización.

Este inventario no incluye información del sector privado, del IGSS y numerosos sistemas de información de proyectos de salud que no son administrados por el MSPAS.

FIGURA 7.1. ADMINISTRACIÓN Y NIVELES DE SERVICIO EN EL MSPAS Y RELACIONES DE PLATAFORMAS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN



*La Ficha Clínica no se ha implementado pero seguirá la misma estructura de reporte que SIGSA y reemplazará sus formas actuales para recabar información.

**Kawok es una tecnología para teléfonos móviles desarrollada por TulaSalud incluida en la nueva estrategia de reforzamiento de PHC del MSPAS.

7.2.1 Plataformas de Información de Servicio e Individual

7.2.1.1 SIGSA

SIGSA es el sistema de información de administración de salud de Guatemala. Fue creado para generar información de calidad, puntual, general, útil y precisa sobre el sector salud y áreas de enfoque del MSPAS para que el ministerio y otros encargados de tomar decisiones en el sector salud puedan tomar las mejores decisiones. En años recientes, SIGSA se ha concentrado en hacer esta información útil y de uso amigable, y en tener un sistema de información bien regulado, administrado por personal capacitado y apoyado por la tecnología apropiada (SIGSA 2015a).

La Tabla 7.1 indica las principales herramientas de reporte y de recolección de información de SIGSA. Casi todas estas herramientas están disponibles y se puede acceder a ellas mediante SIGSAweb; sin embargo, algunas se reportan en hojas de cálculo de Excel que se consolidan a diferentes niveles.

TABLA 7.1. PRINCIPALES HERRAMIENTAS DE INFORMACIÓN QUE ADMINISTRA SIGSA

Nombre	Forma
Registro mensual de nacimientos	SIGSA 1
Registro mensual de fallecimientos	SIGSA 2
Registro diario de consultas médicas, centro de salud	SIGSA 3CS
Registro diario de consultas médicas y consultas posteriores, puesto de salud	SIGSA 3PS
Registro diario de consultas médicas, hospitales	SIGSA 3H
Registro diario de consultas médicas posteriores, centros de salud y hospitales	SIGSA 4CS
Registro de salud de niños menores de 5 años	SIGSA 5A
Registro de vacunas para mujeres entre 15 y 49 años de edad	SIGSA 5B
Reporte mensual de vacunación, seguridad alimentaria y nutrición	SIGSA 5C
Reporte mensual de suplementos con vitaminas	SIGSA 5C Anexo VME
Seguimiento a desnutrición aguda	SIGSA 5DA Seguimiento
Reporte mensual de desnutrición aguda sin complicaciones	SIGSA 5DA
Reporte mensual de generación de servicio	SIGSA 6M
Reporte trimestral de generación de servicio y capacitación por personal médico	SIGSA 6T
Reporte trimestral de promoción de salud y educación por parte del personal médico	SIGSA 6T
Reporte anual de generación de servicio	SIGSA 6A
Reporte mensual de morbilidad	SIGSA 7
Reporte mensual de generación de servicio por unidad de servicio	SIGSA 8
Registro de salud de niños menores de 5 años de edad, a ser conservado por tutor	SIGSA 15
Reporte semanal de vigilancia epidemiológica	SIGSA 18
Reporte semanal de vigilancia epidemiológica, hospitales	SIGSA 18H
Registro diario de consultas odontológicas	SIGSA 22
Formas de reporte durante emergencias	SIGSA E, E1, E2, E3, E4
Registro de enfermedades de transmisión sexual y actividades para la prevención de VIH/SIDA	SIGSA SIDA Anexo A.1
Distribución de condones y consejería	SIGSA SIDA Anexo A

Nombre	Forma
Reporte mensual de consultas a pacientes con ETS y VIH/SIDA, desglosado por diagnóstico	SIGSA SIDA Anexo B
Reporte mensual de pacientes vulnerables que reciben asesoría y pruebas	SIGSA SIDA Anexo C
Reporte mensual de consultas de ETS y VIG/SIDA	SIGSA SIDA I.2
Paquete de formas y reportes sobre calidad del agua	SIVIAGUA

SIGSA 1 y 2 se capturan electrónicamente a nivel de distrito municipal de salud (DMS) con información del Registro Nacional de las Personas (RENAP), la agencia responsable de mantener los registros de identidad de las personas y otros registros, desde el nacimiento hasta la muerte.

A partir de las entrevistas y las visitas a oficinas locales y unidades de salud del MSPAS que llevó a cabo el equipo del HSA se supo que SIGSA 3PS y 3CS son las formas institucionalizadas en uso en todos los centros y puestos de salud del MSPAS. La información que se obtiene de estas formas, es la base de la información que administra SIGSA. SIGSA 3H se usa principalmente en hospitales de distrito y ocasionalmente en hospitales más grandes. La forma SIGSA 4CS se usa principalmente para llevar un registro de las medicinas que se surten a los pacientes. En estas entrevistas el equipo del HSA supo que su uso no está tan institucionalizado como la serie de SIGSA 3. Excepto por la SIGSA 5B, todas las formas SIGSA 5 se usan para llevar un registro de la salud de los niños. El equipo del HSA encontró muchas evidencias del uso y propiedad de estas formas en todas las unidades de salud que visitó durante la evaluación.

SIGSA 18 es el reporte semanal de vigilancia epidemiológica que se genera después de consolidar todas las formas SIGSA 3PS, 3CS, 3H y 18H en el MSPAS. Los entrevistados indicaron que la forma SIGSA 18 se usa a niveles nacional y local para generar los reportes de servicio en todas las dependencias del MSPAS para Salas Situacionales, muestras visuales de distintos indicadores vitales en todas las instalaciones de salud (Salas Situacionales, SS). Los entrevistados a nivel local reportaron el uso de reportes de SIGSA; pero el equipo del HSA no pudo verificar el uso efectivo del sistema de información y sus opciones de reporte y visualización debido al poco tiempo disponible para las visitas de campo.

7.2.1.2 Hospitales

El presupuesto y la estructura organizacional del MSPAS y hospitales indica que los hospitales funcionan con cierto grado de independencia de la red de servicios de salud del MSPAS; condición que fue confirmada en las entrevistas. Por lo tanto, los niveles primario y secundario de atención a la salud, son administrados sin coordinarse con el nivel terciario y esta situación es evidente en el SIS de Guatemala. La mayoría de los mecanismos de recolección de datos del SIGSA están diseñados para reportar la información de las unidades de atención de salud primaria y secundaria. Algunas formas han sido diseñadas para incluir información de hospitales; sin embargo, SIGSA no brinda un paquete de sistema de información general que recopile información de todos los servicios de hospital y que soluciona los desafíos de administración de información para los hospitales.

De acuerdo con las entrevistas y visitas al sitio que realizó el equipo del HSA, los sistemas de información en hospitales varían. En base a la información recolectada durante las entrevistas de evaluación, 10 hospitales del MSPAS (otros recursos de información indican un número mayor) usan INFHOS, un sistema de información general para hospitales. INFHOS mantiene registros de las personas, tratamientos recibidos, operaciones, recursos humanos y administración de otros recursos. El equipo del HSA no visitó un hospital actualmente usando INFHOS para revisar la información disponible de primera mano. Las entrevistas indicaron que 22 hospitales reportan información disgregada a SIGSA

(usando la forma 3H de SIGSA) y 22 reportan en una forma recopilada (SIGSA 18) o reportan una mezcla de datos recopilados y disgregados de SIGSA.

Durante esta evaluación, el equipo del HSA visitó el Hospital Nacional Roosevelt que no tiene el sistema INFHOS. Este hospital usa un sistema de información de admisiones que se llama SIADPA. Este sistema recopila información de antecedentes del paciente; la información médica del paciente se recopila y compila en el expediente del paciente. Una vez que el paciente es dado de alta, el archivo pasa a la oficina de estadísticas en donde se digitaliza parte de la información. El Hospital Roosevelt comparte su información compilada, usando SIGSA 18 y la información disgregada de la unidad pediátrica se compila usando SIGSA 3H. En entrevistas, el equipo del HSA supo que el Hospital Roosevelt ha expresado el deseo de comenzar a usar la plataforma del SIGSA. Además, el Hospital Roosevelt usa otros recursos de información para administrar y mejorar sus operaciones. Por ejemplo, cada unidad de servicio dentro del hospital tiene que realizar un censo diario de los servicios de la unidad y la farmacia tiene una logística bien definida y cuenta con un sistema de control de calidad en sitio.

7.2.1.3 Información Epidemiológica (Epifichas, Epidiario y Epiweb)

Los entrevistados reportaron que el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) tiene comunicación constante con los miembros del SIGSA a niveles central y local. En las oficinas nacionales el CNE se encuentra parte del consejo que revisa la calidad de datos que produce SIGSA 18 (el reporte semanal de vigilancia epidemiológica) en cada DAS y/ u hospital. No obstante la coordinación con CNE, la información de SIGSA no llega al MSPAS central en el momento deseado para la vigilancia epidemiológica. Por lo tanto, el CNE también cuenta con una combinación de herramientas para satisfacer las necesidades de vigilancia epidemiológica en el MSPAS. Las Epifichas son formas epidemiológicas disponibles a todos los niveles del MSPAS para la supervisión epidemiológica. Se llevan las formas a las respectivas áreas de salud en donde se agrega la información de todos los casos reportados. En las visitas que se llevaron a cabo para esta evaluación, el equipo del HSA pudo recolectar Epifichas para reportar casos de desnutrición, influenza, enfermedades transmitidas por alimentos contaminados, VIH/SIDA, dengue y fiebre hemorrágica.

Epiweb es la plataforma en línea que aloja a Epiario, la herramienta de visualización y reporte en que se registran todos los días los casos del DMS, DAS y hospitales (CNE 2014). Durante las entrevistas, el equipo del HSA observó que con frecuencia hay confusión cuando la información de SIGSA 18 se corrobora o cruza con la información de Epiario. Resultó muy claro que los hospitales no reportan sus casos a DAS. Por lo tanto, DAS no revisa casos de hospital antes de que reciban la información desde las oficinas centrales del MSPAS en un esfuerzo para conciliar los reportes de Epiario y SIGSA 18.

7.2.1.4 SIINSAN

La Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República, (SESAN) fue creada en 2005 para coordinar el sistema nacional de seguridad alimentaria y nutricional (SINASAN). SESAN sigue y ejecuta el plan de la Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN); La CONASAN está formada por representantes de diferentes ministerios, incluyendo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de la sociedad civil y organizaciones del sector privado, (SESAN 2008). El plan estratégico más reciente se conoce como Pacto Hambre Cero y tiene dos metas principales: reducir en 10% la desnutrición crónica entre 2012 y 2015 y evitar fallecimientos causados por desnutrición aguda, especialmente durante los meses más críticos del año cuando la gente está más susceptible al hambre estacional. El MSPAS desempeña un papel clave para lograr estas dos metas (Gobierno de Guatemala 2012).

El Sistema de Información, Monitoreo y Alerta de la Inseguridad Alimentaria y Nutricional, (SIINSAN) es el sistema electrónico de información desarrollado por SESAN para monitorear y evaluar la implementación e impacto de las políticas diseñadas para lograr las metas de los Planes Estratégicos de SESAN. SIMON es la compilación electrónica de herramientas diseñadas para monitorear y evaluar las metas de SESAN. Es importante mencionar cuatro herramientas en SIINSAN debido a su relación con la función del MSPAS.

- ▶ MONII.000 es un sistema de monitoreo de las instalaciones de Atención Primaria de Salud (APS); el sistema monitorea la disponibilidad de recursos en estas instalaciones para proporcionar atención preventiva para el Movimiento de los Mil Días.¹²
- ▶ MODA es el sistema de monitoreo de desnutrición aguda. Monitorea si los niños que sufren de desnutrición aguda identificados por servicios de salud están recibiendo tratamiento adecuado y oportuno. Este sistema también se utiliza para comprender las limitaciones en la cobertura de servicio y proporcionar retroalimentación a las unidades responsables. El sistema MODA incluye datos de las visitas que realiza el personal de monitoreo que contrata SESAN a los establecimientos de salud para analizar los registros de niños con desnutrición aguda y en algunos casos una visita a las casas de los niños y sus familias para verificar la atención recibida. Toda la información recopilada se carga electrónicamente al sistema SIINSAN (SIINSAN 2015a).
- ▶ MONIMEFI es el sistema de monitoreo de metas físicas de distintas instituciones gubernamentales en los municipios. Incluye metas de cobertura específica de las unidades de entrega de servicio de MSPAS.
- ▶ EDI (Evaluación de impacto) es la herramienta de evaluación de impacto anual; se basa en una encuesta que realiza SESAN al estado nutricional y socioeconómico de la población.

En diferentes entrevistas, el equipo HSA recibió comentarios positivos sobre la calidad de la información que actualmente recopila SESAN y su interacción positiva con las comunidades.

Parte de la información que recopila SESAN se enfoca en el monitoreo del trabajo que MSPAS está realizando para el tratamiento y prevención de desnutrición en niños. El equipo del HSA se enteró a partir de las entrevistas que hay información que actualmente recopila SESAN que podría reportarse desde SIGSA; Sin embargo SIGSA todavía no es capaz de proporcionar la información con el desglose que requiere SESAN.

7.2.1.5 Ficha Clínica

Los entrevistados durante la evaluación indicaron que la Ficha Clínica es un mecanismo de reporte de salud individual que está siendo desarrollado por un esfuerzo continuo de las oficinas del SIAS y SIGSA con soporte técnico externo. La Ficha Clínica fue diseñada para reemplazar a SIGSA 1, 2, 3, 22, el grupo SIGSA 5 y otros mecanismos de reporte de cada programa de salud en el MSPAS. Esta Ficha Clínica surgió de un esfuerzo por tener un mecanismo de reporte unificado para todas las ONGs que ofrecen atención de salud bajo PEC. El mecanismo anterior se conocía con el nombre de Ficha Única. (Consultar el documento DERCAS publicado en 2013 (OPS/OMS 2014) para mayor información sobre la Ficha Única).

¹² Consultar <http://www.thousanddays.org/> para conocer una descripción de este programa de promoción de nutrición

La plataforma de información de Ficha Clínica está organizada en cuatro formatos de expedientes de pacientes que deben compilar toda la información – incluyendo información de servicios y atención preventiva – para cada paciente. La información del paciente se actualiza en consultas de seguimiento o en otras interacciones entre los proveedores de cuidados de salud y el paciente. Existen formatos específicos para los niños, las mujeres embarazadas, mujeres en edad reproductiva y el resto de la población. Por el momento, las Fichas Clínicas están diseñadas para establecimientos de salud de nivel primario, secundario y terciario; no incluyen mecanismos de reporte para establecimientos de nivel terciario.

Las entrevistas para evaluación indicaron que la plataforma electrónica estará lista este año. Junto con el desarrollo de la plataforma, se están llevando a cabo reuniones entre los participantes clave en MSPAS con respecto a la aprobación final de la plataforma y la planeación de la implementación estratégica para garantizar su sustentabilidad.

7.2.1.6 Kawok

Kawok (Kawok 2015) es un sistema de información basado en el programa CommcareHQ, plataforma de salud móvil (mHealth) para recopilar datos y comunicar la conducta orientada a la salud. Kawok fue desarrollado por TulaSalud para soportar la parte de los facilitadores de la comunidad en el sistema de servicios de salud en algunos distritos de Alta Verapaz. Se menciona a Kawok en la nueva estrategia nacional para reformar y desarrollar el nivel primario de salud en Guatemala (MSPAS 2015). TulaSalud y la DAS de Alta Verapaz son mencionados en la nueva estrategia de MSPAS como partes clave que proporcionan soporte técnico para implementar la nueva estrategia y el uso de esta plataforma mHealth. Sin embargo, no es claro cuál será el proceso de implementación o qué fuente de recursos financiará su implementación a nivel nacional.

Bajo el modelo de TulaSalud, los facilitadores de la comunidad y el personal en puestos de salud y DMS tienen un teléfono celular con servicios de telecomunicación pre-pagados (Fernández 2014). La telefonía celular es el medio de comunicación para dar apoyo a los trabajadores de salud y para coordinar cuidados de emergencia cuando es necesario. A partir de las entrevistas, el equipo HSA se enteró que TulaSalud y DAS de Alta Verapaz consideran reforzar la red de comunicación de los facilitadores comunitarios, enfermeros auxiliares y proveedores de cuidados de salud como prioridad para el éxito de esta estrategia. Esta red de comunicación se basa en la confianza entre los proveedores de cuidados de salud y la capacidad del sistema para movilizar los recursos requeridos para dar apoyo que pudieran necesitar los trabajadores de cuidados de salud.

El equipo HSA también tuvo conocimiento de que algunos facilitadores comunitarios también tienen acceso a un teléfono inteligente con una aplicación de Kawok a través de la cual se recopila la información del paciente. A medida que se captura esta información, el sistema de información Kawok ofrece consejos importantes al facilitador y al paciente con respecto a los cuidados preventivos. El sistema de información incluye tres idiomas locales y videos y grabaciones sobre cuidados preventivos. La información del paciente que se captura en el sistema también es parte de la base de datos monitoreada en TulaSalud para vigilancia epidemiológica de manera que el sistema puede identificar, mitigar y prepararse para posibles emergencias de salud. En las versiones originales de Kawok, la información del paciente se registraba, sin integración, en base a consultas para crear un expediente general del paciente. En las versiones más recientes, se puede identificar al paciente de manera única.

TulaSalud desarrolló una versión móvil de la Ficha Única en Kawok. Esta versión electrónica fue probada en los puestos de salud y el PEC en San Cristóbal, Alta Verapaz (TulaSalud ONG 2013). Esta puede ser una oportunidad para integrar la información en MSPAS si se implementan la Ficha Clínica y Kawok a nivel nacional, ya que ambos sistemas de información se pueden diseñar para recabar la misma información. No obstante, el equipo del HSA se enteró durante las entrevistas que también hay ciertas restricciones tecnológicas y de presupuesto que pueden entorpecer la implementación de Kawok en apoyo a la estrategia nacional de la atención primaria de la salud.

7.2.1 Plataformas de Administración de Recursos

7.2.1.1 SIAF

SIAF, el sistema integrado de información financiera del Ministerio de Finanzas tiene cuatro aplicaciones principales de importancia en MSPAS: SICOIN, el sistema contable, SIGES, el sistema de información de administración, GUATENOMINAS, el sistema de pago de nómina y registro de personal y GUATECOMPRAS, el sistema de adquisiciones y contratos. El personal central del MSPAS usa SIAF para fines de planeación y presupuestos de salud. Además, GUATENOMINAS y SICOIN fueron las principales fuentes de información sobre recursos humanos del MSPAS antes de la implementación del iHRIS (consultar la sección de Recursos Humanos de Salud para conocer detalles adicionales). GUATENOMINAS es la base de datos principal para el pago de nóminas de todo el personal de MSPAS y SICOIN tiene la información de todo el personal temporal, que se señala como conceptos de servicios para propósitos contables.

SIGSA brinda visualización de asignaciones presupuestarias. Sin embargo, en base a las entrevistas con el personal del MSPAS, no parece que SIGSA tenga un proceso sistematizado para analizar la información financiera combinada con información sobre generación de servicio de salud que puede facilitar análisis, por ejemplo, revisiones de costo efectivo de salud.

7.2.1.2 iHRIS

iHRIS es un sistema de información de fuente abierta de administración de recursos humanos. A partir de las entrevistas que se llevaron a cabo durante la evaluación, el equipo HSA supo que en el 2011, con apoyo técnico externo, el MSPAS comenzó su implementación de iHRIS. Todos los contratos del personal del MSPAS han sido cargados a la plataforma iHRIS. El sistema iHRIS fue personalizado por la oficina de Recursos Humanos del MSPAS dentro de su propia Oficina de Tecnología de Información. En la fecha en que se llevó a cabo la evaluación, la información en iHRIS solamente se usaba para la administración de contratos y no se integraba con otra información en el MSPAS.

7.2.1.3 Sistema de Información de Productos Médicos

En el siguiente capítulo del presente reporte, Productos Médicos y Cadena de Suministro, se explica con más detalle los sistemas de información que se usan para la administración de cadena de suministro de medicinas y productos médicos. Esta sección revisa las herramientas de rastreo de medicinas que se usan en farmacias de hospital, DAS, DMS y puestos de salud. En las entrevistas que se efectuaron en establecimientos salud y DAS, el equipo del HSA pudo identificar por lo menos tres mecanismos para registrar / proporcionar la información para el suministro de medicinas y controles de recursos.

- ▶ Todas las unidades mantienen registros de inventarios de medicinas en la forma de control de suministros, en kárdex del Auditor General de Guatemala.

- ▶ El formulario Balance, Requisición y Envío y Suministros (BRES) es una forma para reporte mensual para monitorear el suministro de las medicinas requeridas y minimizar las faltas de inventario. Se trata de una herramienta basada en Excel que se llena en centros y puestos de salud para pedir las medicinas a la DAS y para la administración de inventarios de medicinas en hospitales. En el siguiente capítulo se discute el Sistema de Información para la Administración de Logística de manera más amplia.
- ▶ Los puestos de salud mantienen control de medicinas suministradas a los pacientes, mediante el uso del formulario SIGSA 3PS. Los centros de salud usan SIGSA 4CS (o la forma post-consulta) para este propósito.

En base a las entrevistas, el equipo del HSA supo que a nivel de puesto de salud, se usa la forma SIGSA 3PS para llenar el kárdex y BRES. Esto indica que hay cierto nivel de redundancia de mecanismos de control de suministros que claramente están generando trabajo extra al personal de prestación de servicios.

7.2.2 Estadísticas Vitales

El INE es una entidad descentralizada y semiautónoma vinculada al Ministerio de Economía. Su objetivo es formular e implementar la planeación y política nacional de estadística, y coordinar y supervisar las actividades del sistema nacional estadístico (SEN). El SEN integra a todas las entidades públicas involucradas en la preparación, recopilación, análisis y publicación de información estadística (Decreto Número 3-85).

El INE ha reportado anualmente las estadísticas vitales con información del RENAP desde 2005. Como se mencionó anteriormente, el RENAP es la entidad pública responsable de organizar y mantener los registros de identidad de las personas, su estado civil y cualquier otro registro de identidad, desde el nacimiento hasta la muerte (Decreto Número 90-2005).

El equipo del HSA a través de las entrevistas supo que el RENAP tiene 338 oficinas de registro, incluyendo 42 en hospitales públicos y privados. Se establecieron estas oficinas para facilitar el registro de nacimientos y muertes. Actualmente el registro de nacimiento y fallecimiento se reporta mediante la misma forma. El registro de fallecimiento incluye la causa de la muerte con información específica en el caso de muerte de neonatos o de mujeres en edad reproductiva.

En 2010, el RENAP comenzó a acelerar el uso del nuevo documento personal de identificación (DPI), que reemplaza el documento de identificación que había estado en uso desde 1931; documento en el que no se podía confiar ya que era fácil de falsificar y no era durable (RENAP 2015). El DPI incluye un código único de identificación (CUI). El RENAP se encuentra en el proceso de institucionalizar el CUI como número de identificación único para todos los servicios sociales. Sin embargo, con frecuencia los guatemaltecos no tienen la necesidad o no acostumbran llevar su DPI, sobre todo en las áreas rurales y como resultado, uno de los mayores retos para el SIGSA y para los sistemas de información de hospitales es minimizar la duplicación de registros individuales. A través de las entrevistas con SIGSA, el equipo del HSA supo que menos de 3% de los pacientes están registrados con un CUI y que SIGSA está trabajando con RENAP para actualizar la información de los pacientes en SIGSA con un CUI; este proceso está usando la información de antecedentes del paciente que SIGSA y RENAP recopilan para conciliar en todas las bases de datos.

7.2.3 Encuestas, Censos, Vigilancia

Como entidad pública responsable de las estadísticas nacionales, el INE analiza y publica mucha información sobre Guatemala. La Tabla 7.2 incluye las fuentes principales de salud que son de relevancia para el sector salud.

TABLA 7.2. ENCUESTAS, CENSOS Y VIGILANCIA

Nombre	Más Reciente	Siguiente
Censo Nacional	2002	Desconocido
ENSMI- Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil	2008-2009	2013-2014
ENCOVI- Encuesta Nacional de Condiciones de Vida	2011	2015
ENIGFAM- Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares	2009-2010	2019-2020
EDI/SIINSAN- Evaluación de Impacto de SESAN. Volumen I: Condición Nutricional de Menores y Mujeres en Edad Reproductiva; Volumen II: Nivel Socioeconómico de las Familias	2013	2014

El último Censo Nacional data del 2002. Durante las entrevistas el equipo del HSA supo que el INE está preparando información previa al censo esperando que el censo se pueda realizar en 2017; este sería un censo en una sola urna, combinando con el censo agrícola.

La encuesta ENSMI se ha conducido cada cinco años desde 1987. De acuerdo con los entrevistados, la actual encuesta ENSMI está bajo revisión y se espera su publicación en 2015, aunque se desconoce la fecha exacta. La encuesta ENSMI está en sus etapas finales bajo un memorándum de entendimiento entre MSPAS, INE, el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), USAID y la Embajada de Suecia en Guatemala (MSPAS/INE/INCAP/USAID/Embajada de Suecia en Guatemala 2014).

Desde que inició el Pacto Cero Hambre, SESAN, INE y el Ministerio de Finanzas han publicado una EDI (evaluación de impacto) anual con la ayuda de consultoría externa del Instituto de Investigación de Políticas Alimenticias (SIINSAN 2015b). La EDI incluye un volumen sobre la condición nutricional de los menores y mujeres en edad reproductiva y un volumen del nivel socioeconómico de las familias.

La Tabla 7.3 ofrece un panorama general de los indicadores clave, sus fuentes y la fecha en la que el INE y MSPAS llevaron a cabo la actualización más reciente de esos datos (a partir del 8 de Mayo de 2015). De acuerdo con las entrevistas, el equipo del HSA supo que esta información, en particular información reportada por el MSPAS, presenta problemas de calidad, tales como información incompleta.

TABLA 7.3. PANORAMA GENERAL DE MUESTRA DE INDICADORES DEL SIS DISPONIBLES Y FRECUENCIA

Indicador	Datos Más Recientes*	Cobertura de los Datos	Fuente	Frecuencia
Razón de mortalidad materna reportada por las autoridades nacionales (por 100.000 nacimientos vivos)	85.5 (2013)	Nacional	INE	Anual
Tasa de mortalidad en menores de 5 (por 1.000 nacimientos vivos)	25.6 (2013)*	Nacional	INE (INE 2013a)	Anual
Prevalencia de VIH en población total en edades 15-49 (cálculo)	0,93 por ciento (2013)	Nacional	CNE/MSPAS, USAID, ONUSIDA**	Desconocida
Recién nacidos con bajo peso	11.7 (2013)	Nacional	INE (INE 2013a)	Anual

Indicador	Datos Más Recientes*	Cobertura de los Datos	Fuente	Frecuencia
Número de camas de hospital por 1.000 ben.-IGSS	0.9 (2009)	IGSS	OCSES-Salud (MSPAS/OPA 2007-2009)	Anual
Número de camas de hospital por 1.000 ben -MSPAS	0.5 (2009)	MSPAS	OCSES-Health (MSPAS/OPS 2007-2009)	Anual
Porcentaje de reportes de vigilancia recibidos a nivel nacional de DAS en comparación con el número de reportes esperados	93 por ciento (Semana 16-2015)	Nacional - MSPAS	SIGSA***	Semanal

*Desde Mayo 8 de 2015

**http://www.osarguatemala.org/userfiles/EstimacionesVIHGuatemala_percent202012.pdf. Información del 8 de Mayo 2015.

***<http://sigsamspas.wix.com/notificacion>. Información del 8 de Mayo 2015.

7.3 Reglamentación y Recursos

7.3.1 Políticas y Reglamentos

El Código de Salud de Guatemala, Decreto Legislativo 90-97 del Congreso, define al sector salud como “todas las instituciones públicas, semi-autónomas, autónomas, descentralizadas y centralizadas, municipales, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, cuyo propósito o competencia es la administración de acciones de salud, incluyendo aquellas relacionadas con la investigación, educación y capacitación de recursos humanos en temas de salud y educación de salud a nivel comunitario” (SIGSA 2015a, traducción del equipo del HSA). El MSPAS es responsable de regular, guiar, coordinar y evaluar todas las acciones de las instituciones de salud en el sector salud a nivel nacional. El artículo 10 del decreto legislativo 90-97 identifica dos mecanismos para que el MSPAS los use en coordinación con el sector salud. Primero, el MSPAS y el IGSS deben coordinar sus estrategias y programas de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, así como la distribución y el uso de sus recursos humanos y equipo para ampliar la cobertura de los servicios de salud, minimizando la duplicidad de servicios. Segundo, el MSPAS puede usar convenios locales, nacionales e internacionales para cumplir con sus responsabilidades intra e inter sectoriales de coordinación (SIGSA 2015a).

A partir de las entrevistas el equipo del HSA supo que el MSPAS en la práctica tiene una coordinación limitada con el IGSS y participantes del sector salud fuera del MSPAS. Con pocas excepciones, el IGSS no comparte regularmente su información con MSPAS; Además, el IGSS y el MSPAS no coordinan para optimizar la cobertura del servicio de salud en Guatemala. En su papel de compilador de estadísticas nacionales, el INE creó al OCSES, y RENAP, SEGEPLAN, IGSS, MSPAS y OPS son miembros del INE. OCSES coordinó la publicación de la primera compilación de indicadores de salud de las bases de datos del RENAP, INE, MSPAS e IGSS para los años 2007-2009. La misma publicación para los años 2010-2012 está por salir.

SIGSA es el único sistema de información del MSPAS de acuerdo con la Resolución Ministerial No. 5095 de 1997. SIGSA fue creado con cuatro módulos de información: estadísticas de salud, recursos para la salud, servicios entregados y planeación. SIGSA es responsable de proporcionar información útil, oportuna, válida y de buena calidad para soportar el proceso de toma de decisiones a nivel local y central. Las responsabilidades de SIGSA están mejor definidas en los tres reglamentos del MSPAS (SIGSA 2015a):

- ▶ La Ley Orgánica del MSPAS 115-99, que hace a SIGSA responsable de identificar las necesidades y el desarrollo e implementación de sub-sistemas de información para responder a esas necesidades.
- ▶ Acuerdo Ministerial SP-M-1560-2006, que expande las responsabilidades del SIGSA.
- ▶ Acuerdo Ministerial 1671-2009, que asigna a SIGSA la responsabilidad de integrar las bases de datos del MSPAS, administrando la plataforma del sistema de información integrada y regulando el desarrollo del nuevo sub-sistema de información y mantenimiento de los sistemas de información existentes.

7.3.2 Responsabilidades

SIGSA es responsable de la integración de todas las bases de datos necesarias para tomar decisiones informadas a los diferentes niveles del MSPAS. También es la única entidad responsable de administrar, encabezar, proteger y mantener la plataforma de información del MSPAS y de mejorar el sistema actual de información o de crear nuevos sub-sistemas (SIGSA 2015a). Sin embargo, el equipo del HSA tuvo conocimiento de que otras oficinas en MSPAS han creado sus propias oficinas de información y han desarrollado aplicaciones sin coordinación con SIGSA.

Cada oficina (dirección) a nivel central del MSPAS desempeña funciones que requieren información de salud.

- ▶ La oficina de finanzas y administración en el MSPAS es responsable de implementar el sistema contable del MSPAS y todos los reglamentos financieros y administrativos que aplican al MSPAS.
- ▶ La oficina de administración de recursos humanos es responsable del desarrollo profesional, capacitación y operaciones de administración de recursos humanos necesarios para satisfacer las metas de prestación de servicios integrales de salud del MSPAS.
- ▶ La oficina del Sistema Integrado de Atención en Salud o SIAS es responsable de coordinar y encabezar la red de unidades públicas y privadas de prestación de servicios de salud en Guatemala. La oficina del SIAS tiene una función institucionalizada en el análisis de información y flujo de SIGSA.
- ▶ La Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud (DGRVCS) es responsable de los programas de control y monitoreo de recursos humanos, instalaciones, medicinas y suministros médicos.

Cada DAS coordina, planea, supervisa y evalúa la implementación de políticas de salud en su propia jurisdicción. Por lo tanto, las DAS tienen una responsabilidad clave en el análisis e integración de datos. En teoría, las DAS debieran coordinar con todos los centros de salud y puestos de salud en su jurisdicción para la planeación e implementación de políticas. Sin embargo, las entrevistas y las visitas de campo mostraron al equipo del HSA que la comunicación entre las DAS y los hospitales no es óptima.

Cada DMS incluye una oficina de estadísticas responsable de digitalizar la información generada en el centro de salud y puesto de salud correspondientes bajo su jurisdicción. Los DMS son responsables de enviar información sobre servicios cada semana a sus DAS. Todos los días se envía la información epidemiológica, a medida que se reportan los casos. Otra información, por ejemplo BRES se reporta mensualmente a DAS.

7.3.3 Finanzas

Los recursos del SIGSA son exclusivamente para funciones de nivel central y equipo. De acuerdo con las entrevistas, el presupuesto de SIGSA no es suficiente para proporcionar soporte personal y monitorear las operaciones de recopilación de datos y análisis. Por lo tanto, SIGSA usa ayudas virtuales para dar



apoyo a las oficinas de estadísticas en DMS, DAS y hospitales. Los entrevistados comentaron que el soporte que SIGSA central proporciona ha ayudado a las oficinas de campo a adquirir más confianza en el uso de su sistema SIGSA.

SIGSA también determina los recursos para suministro de oficina y equipo y recursos humanos necesarios para cumplir con las responsabilidades de reporte en cada centro de salud, DMS y DAS. Sin embargo, SIGSA no proporciona los recursos monetarios y no puede controlar los recursos disponibles en cada sitio. Los recursos para los centros de salud, DMS y DAS son asignados por las DAS y los recursos para hospitales, por el mismo hospital.

En las visitas de campo, el equipo del HSA escuchó sobre problemas de escasez de papel, espacio y equipo nuevo lo que limita las operaciones de reporte. Un reporte reciente del sistema de vigilancia epidemiológica VIH/SIDA (MSPAS/SE-COMISCA/CDC 2013) enfatiza estas limitaciones físicas e indica que no existe un plan para mitigar o solucionar estos problemas.

7.3.4 Recursos Humanos

Las entrevistas de evaluación confirmaron que hay un alto índice de rotación de personal en SIGSA. A nivel central y local las contrataciones son del tipo de contratos temporales, y el 2013 mostró un cambio drástico en el personal de SIGSA. De acuerdo con algunos entrevistados, este cambio ha tenido un impacto negativo en la capacidad del SIGSA e interrumpió la iniciativa en curso para reforzar el sistema SIGSA y la oficina SIGSA.

De acuerdo con el organigrama de SIGSA, su personal – a nivel central – lleva a cabo una amplia gama de funciones. Los trabajadores son responsables no solamente de mantener la plataforma y base de datos del SIS sino además de apoyar al personal de campo que es responsable de la recopilación y compilación de información de salud. A partir de las entrevistas, resultó claro que SIGSA tiene una capacidad presupuestaria limitada para visitar regularmente a las instalaciones para monitorear la calidad o para dar apoyo y capacitación. Gran parte de soporte técnico se realiza de manera virtual y el monitoreo a la calidad no se efectúa con mucha frecuencia. Hay cursos de capacitación cada año sobre elaboración de SS, flujo de información en casos de emergencias o brotes, o cambios en la estructura del Sistema de Información en Materia de Salud, SIS.

El equipo del HSA también obtuvo información sobre los esfuerzos de SIGSA para dar apoyo al personal de captura y de estadística a nivel central, mismo que ha sido positivo a pesar de las limitaciones del presupuesto. El personal en campo expresó satisfacción con este apoyo. También expresó mucha confianza en sus conocimientos del sistema. En las visitas de campo, el equipo del HSA ha tenido la oportunidad de conocer al personal de estadísticas que mostró capacidad en el manejo del SIS y habilidades para solución de fallas y terminar con su trabajo.

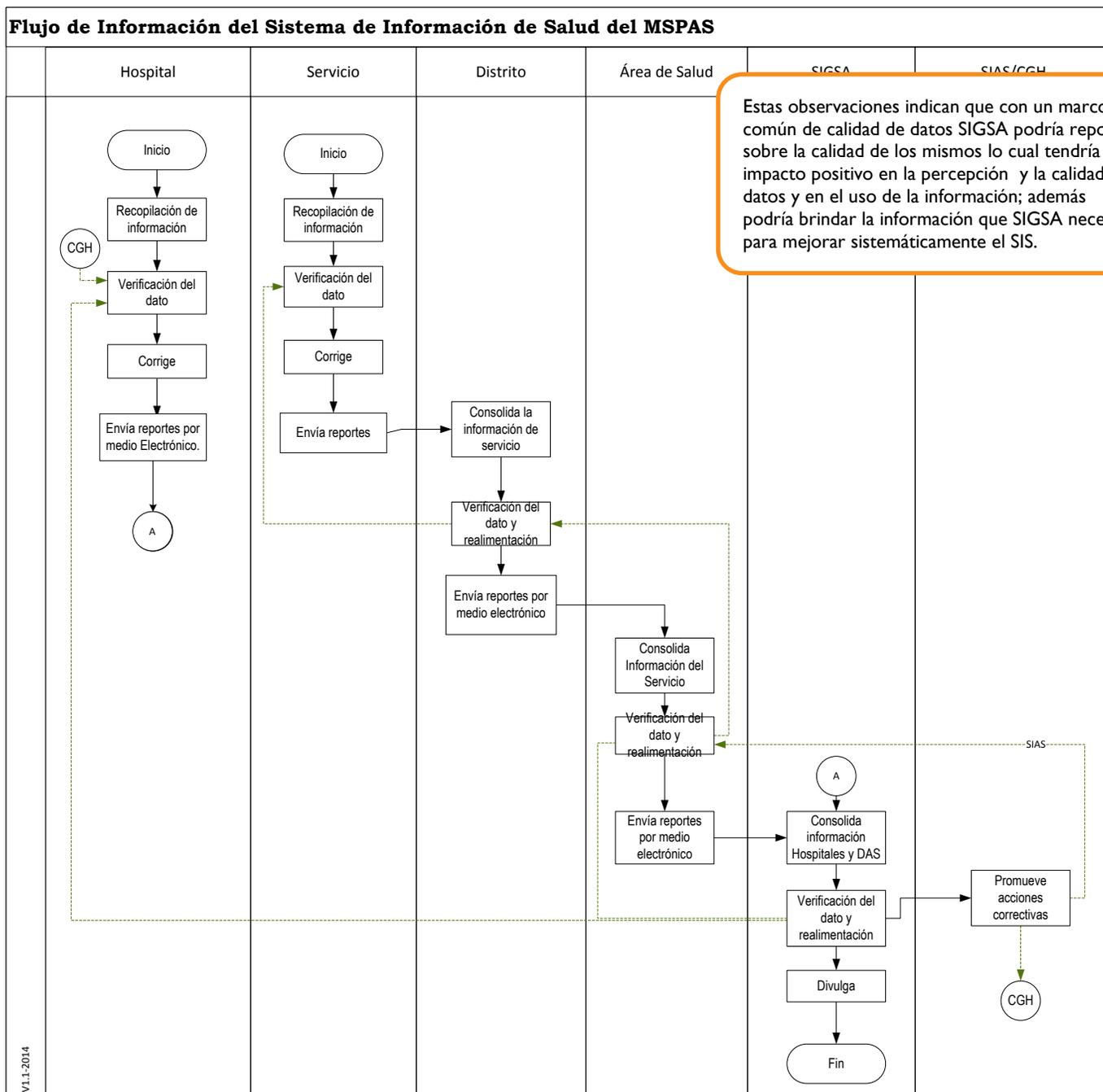
7.4 Recopilación y Análisis de Datos

7.4.1 Flujo de Datos

La información recopilada y compilada en SIGSA se origina en los puestos y centros de salud y se transmite al DMS. La información se registra inicialmente en formularios impresos, para luego ser entrada al sistema electrónico por personal de la oficina de estadística en cada DMS. Debido a que los puestos de salud a menudo se ubican geográficamente alejados de su respectivo DMS, el envío de datos a los DMS es uno de los factores que interfieren con el flujo de información. La información semanal del formulario SIGSA 3 debe ser enviada cada miércoles desde el DMS al DAS. Luego la oficina de la DAS

envía la información compilada desde la jurisdicción a SIGSA. Esta información es verificada y compilada por SIGSA, y el siguiente lunes SIGSA, CNE y SIAS se reúnen para verificar la información.

FIGURA 7.2. FLUJO DE INFORMACIÓN EN SIGSA



Estas observaciones indican que con un marco común de calidad de datos SIGSA podría reportar sobre la calidad de los mismos lo cual tendría un impacto positivo en la percepción y la calidad de datos y en el uso de la información; además podría brindar la información que SIGSA necesita para mejorar sistemáticamente el SIS.

SIGSA = Sistema de Información Gerencial de Salud
 SIAS = Sistema Integral de Atención en Salud
 CGH = Coordinación General de Hospitales

Fuente: Diagrama proporcionado por SIGSA durante las entrevistas

La información de las oficinas de estadísticas de hospital fluye directamente a SIGSA, que compila la información del hospital con la información de DAS. El SIGSA central se reúne con SIAS y CNE para verificar que la información epidemiológica esté completa y para aprobar los datos que se verán usando el programa Tableau, software de fuente abierta.

El ciclo de revisión de datos ocurre en dos puntos principales: primero cuando se reciben los datos por primera vez, ya sea para digitalización o compilación regional, y segundo, cuando en las juntas de nivel central con CNE, se detecta información inconsistente, y se regresa a su jurisdicción para revisión. Cada jurisdicción puede tratar de resolver la inconsistencia o discutirla con el siguiente nivel, según sea necesario. La precisión de los datos surgió en las entrevistas a nivel central como uno de los asuntos principales para SIGSA. El equipo del HSA se percató que la información requiere entre 15–20 días para estar disponible y poder usarla para la toma de decisiones. SIGSA se actualiza con la información semanal de DAS en dos plataformas diferentes, un sistema en línea y un sistema fuera de línea. Las actualizaciones fuera de línea requieren que los niveles locales envíen su información al siguiente nivel, donde se compila y después envía al siguiente nivel, como se describió anteriormente. Este proceso fuera de línea demora significativamente el flujo de información y es una fuente potencial de duplicación de datos.

Gran parte de la información propia de MSPAS fluye de manera similar a la que se presenta en la Figura 7.2, desde los hospitales, directamente al nivel central y desde los puestos y centros de salud, a DMS y de ahí a DAS y al nivel central.

7.4.2 Calidad

Las entrevistas de evaluación indicaron que la información de salud a nivel nacional en Guatemala se percibe, en términos generales, como de baja calidad. Esta percepción cubre las estadísticas vitales recopiladas por RENAP y reportadas por el INE, así como la información del MSPAS. Sin embargo, los participantes entrevistados consideran que los datos del ENSMI y los datos reportados por SIISAN son de buena calidad.

En entrevistas a nivel central del MSPAS, el equipo del HSA escuchó diferentes percepciones de la calidad de la información en SIGSA. El Mapa de Rutas y las Recomendaciones para el SIS de Guatemala (OPS/OMS 2014) sugiere que la falta de un marco de calidad de datos en MSPAS evita que SIGSA demuestre la calidad de su información. A lo largo de entrevistas a nivel local, el equipo del HSA se percató del alto grado de confianza en los procesos seguidos para verificar los datos así como la gran confianza en que los datos que ellos reportan son una buena representación de la situación de la salud. El nivel local está consciente de que las sub-jurisdicciones con un mal nivel de reporte son la fuente de errores en sus datos. Sin embargo, el equipo que llevó a cabo la evaluación de SIS para el Mapa de Rutas y Recomendaciones para el SIS de Guatemala observó un *“alto nivel de variación entre las instalaciones locales de salud en términos de procesos específicos para captura de datos y aseguramiento de calidad de los datos”* (OPS/OMS 2014).

Tal y como mencionamos anteriormente, las unidades de reporte están conectadas a plataformas en línea o fuera de línea. El reporte fuera de línea tiene un impacto en la calidad de los datos y demora el proceso de reporte. Además, el software de SIGSA está instalado en computadoras locales (en lugar de una plataforma accesible mediante la red), lo que dificulta la actualización del sistema (OPS/OMS 2014). Los entrevistados informaron al equipo del HSA que SIGSA tiene un proyecto en curso para contar con más unidades de reporte conectadas mediante red de fibra óptica para mejorar parte de la información en SIGSA. Este proyecto logrará que más unidades de reporte se integren a las plataformas de reporte en línea conectadas directamente a la base de datos central.

Los datos recolectados en SIGSA incluyen un alto nivel de precisión en el diseño, hasta el grado en que esto pueda interferir con otras mediciones de calidad de datos. Las entrevistas de evaluación indicaron que los proveedores de cuidados de salud no siempre incluyen en las formas impresas los datos de ciudad o comunidad y comunidad lingüística. Esta información es un requerimiento en SIGSAweb; sin embargo, si no está incluida, según los entrevistados, es información que se puede inferir del sitio y nombre de persona. Por lo tanto, los encargados de las estadísticas en ocasiones suministran la información basada en su inferencia. Esto puede afectar la precisión de la información recabada. Una manera de solucionar este problema podría ser incluir un campo de datos que indique si los datos reportados provienen de un proveedor de salud o si se trata de inferencia por parte del encargado de captura y estadísticas.

Las entrevistas indicaron al equipo del HSA que la transición hacia la nueva estrategia del MSPAS para proporcionar cuidados primarios y secundarios de salud se ha implementado en coordinación con SIGSA pero que SIGSAweb no tiene la opción de ingresar información de las jurisdicciones que fueron creadas para implementar la estrategia (tema discutido en la sección de Entrega de Servicio). Los entrevistados comentaron que esta condición evita que cierta información recabada en papel de las jurisdicciones se pueda capturar en el sistema SIGSAweb.

La integridad de la información y confidencialidad de la información del paciente no fueron consideradas como temas de calidad de datos en la información proveniente de SIGSA. Los entrevistados indicaron que SIGSA cuenta con protocolos específicos sobre quien puede y quien no puede tener acceso a la información de la base de datos para proteger la confidencialidad. El equipo del HSA también pudo enterarse de que con apoyo externo, SIGSA invirtió recientemente en herramientas para mejorar la seguridad del sistema de información en materia de salud (SIS).

La calidad de la información comienza a partir del ingreso de la información y es más fácil mejorar cuando los participantes clave del SIS asumen la actitud de “propietarios del sistema”. Las entrevistas de evaluación no ofrecen evidencia de que los proveedores de servicios y atención a la salud y los encargados de las estadísticas estén involucrados de manera rutinaria en el diseño de herramientas para recabar información.

7.4.3 Análisis y Reportes Consolidados

Durante el año pasado, SIGSA con asistencia externa tanto financiera como técnica, desarrolló la visualización de su información en recursos en línea de fuente abierta. Los entrevistados indicaron al equipo del HSA que la visualización ocurre al mismo grado en que la información está disponible y que la meta es que el personal local la use para cumplir con sus responsabilidades de reporte, análisis y toma de decisiones.

Actualmente, la información consolidada proveniente del SIGSA es generada por SIGSAweb y ésta información se usa para desarrollar la Sala Situacional (SS) (Figura 7.3). Las SS se usan para compartir información sobre servicios generados, estado de salud, demografía y administración de recursos. Cada nivel de entrega de servicio (DAS, DMS, puestos de salud y hospitales) es responsable de extraer la información del SIGSA y otros recursos y usarla para presentarla en la Sala Situacional. Cada unidad de entrega de servicio de salud sigue lineamientos del nivel central en la preparación de las Salas Situacionales, cuyo objetivo es su uso a niveles local y nacional para planeación de salud.

FIGURA 7.3. SALA SITUACIONAL EN UN PUESTO DE SALUD



Normalmente la información fuera del MSPAS no se comparte con SIGSA; sin embargo, a partir de las entrevistas, el equipo del HSA supo que hay algunas áreas del país donde el IGSS comparte la forma de reporte SIGSA 18 (reporte semanal de epidemiología) con la DAS. El equipo del HSA también supo que en el pasado, incluso algunos proveedores de servicios privados de salud han compartido su SIGSA 18 con el área de salud respectiva. Una de las áreas donde el IGSS comparte su información con el MSPAS es Escuintla. El intercambio de información comenzó en Escuintla debido a las buenas relaciones entre el gerente de área del IGSS y el gerente de la DAS. Ambos directores valoraron el beneficio de compilar su información epidemiológica y a lo largo de los años se ha mantenido esta relación y coordinación.

Las entrevistas de evaluación también indicaron que algunas ONGs que brindan servicios de salud comparten su información con SIGSA. Sin embargo, este no es el caso con todas las ONGs, incluso aquellas financiadas por donantes internacionales que brindan apoyo a SIGSA. Algunas entrevistas indican que SIGSA no cuenta con protocolos claros para compartir información, una de las razones para la falta de cooperación. Con excepción de las estadísticas vitales e información que se puede extraer de las encuestas nacionales, la información de salud no se integra regularmente en una sola base de datos. Hacer tal cosa requeriría acceder a los sistemas de información de proveedores del sector privado, del IGSS, Sanidad Militar y ONGs para que MSPAS pueda realmente contar con indicadores agregados a nivel nacional.

7.5 Uso de Información para la Toma de Decisiones

Las entrevistas de evaluación indicaron que la información se está usando para vigilancia epidemiológica y en particular se usa para cuidados preventivos que brindan los proveedores de servicios a menores y mujeres embarazadas. El equipo del HSA también notó que dentro del MSPAS, la información de diferentes fuentes se comparte de manera regular y se presenta en la SS. Sin embargo, el equipo del HSA no encontró evidencia del uso de la SS para administración o decisiones de operación para mejorar los servicios de salud. En visitas al campo, el equipo del HSA observó que el mejoramiento de la calidad de servicios de salud y planeación de recursos se decide de acuerdo a la supervisión de las instalaciones y que estos mecanismos no están bien integrados con el análisis involucrado en las SS. El equipo del HSA también encontró que no hay evidencias de que la información epidemiológica y de resultados de servicios se esté utilizando en combinación con los datos de logística y recursos humanos para planeación y presupuestos.

7.6 Conclusiones y Recomendaciones

El MSPAS y el SIGSA han invertido en el mejoramiento de sus plataformas del SIS, capacidad de reporte y confiabilidad y calidad de los datos de salud en Guatemala. Sin embargo, en términos generales el sistema de información de salud (SIS) todavía está muy fragmentado, además, SIGSA todavía tiene un gran recorrido por hacer para convertirse en la oficina coordinadora designada y reconocida del SIS dentro del MSPAS. Todavía hay múltiples sistemas de información capturando información duplicada al mismo tiempo que no se consolida en un solo sitio para ser revisada por un equipo central.

A continuación presentamos las recomendaciones para reforzar la capacidad del SIGSA para fungir como líder del SIS dentro del MSPAS, considerando las iniciativas en curso en el MSPAS, los documentos revisados, los participantes entrevistados y las visitas de campo conducidas por el equipo del HSA.

Corto Plazo

1. Comenzar la documentación de los diferentes sistemas de información y formas para recabar información que actualmente se utilizan en el MSPAS para estadísticas de salud, recursos de salud, resultados de servicios y planeación. Este proceso permitirá un mapeo efectivo para la captura de datos duplicados y eliminación posterior de estas redundancias a lo largo del sistema de información en materia de salud (SIS).
2. Para la Ficha Clínica y otras plataformas de información, es importante que SIGSA y MSPAS institucionalicen procesos para comprometer a proveedores de servicios y personal de reporte local en su diseño y mantenimiento. Tener usuarios del sistema involucrados en el diseño del sistema promueve la participación en el diseño del sistema final e incrementa la posibilidad de que el sistema sea utilizado por los participantes clave.
3. Dar soporte y recursos a cada DAS para mejorar la nueva estrategia de reforzamiento de la Atención Primaria de la Salud en todo el territorio y ajustarla a los diferentes ambientes y culturas a lo largo de Guatemala. Al igual que lo hizo TulaSalud, la adaptación del modelo a estas comunidades diversas será importante para promover resultados positivos a nivel nacional. En las lecciones documentadas aprendidas en el proyecto TulaSalud en Alta Verapaz (Aldana et al. 2014), es evidente que este modelo de atención a la salud ha mejorado con el paso de los años, al trabajar de cerca con los trabajadores comunitarios de salud, con los facilitadores y las comunidades. Se han diseñado y rediseñado las aplicaciones y soluciones para su actualización y mejoramiento en Alta Verapaz, en respuesta a las necesidades específicas de cada comunidad.

Mediano Plazo

1. Identificar un mecanismo institucional efectivo o una combinación de mecanismos que puedan reforzar la capacidad del SIGSA para coordinar y mejorar el SIS del MSPAS. La estructura institucional actual del MSPAS no brinda la autoridad de facto ni la autoridad para integrar todos los sistemas de información en el MSPAS o para convertirse en el organismo principal para el sistema SIS, tal y como lo establece la ley.
2. Desarrollar una estrategia completa para implementar la nueva Ficha Clínica de la plataforma de información con énfasis particular en la promoción de la propiedad local que tienen las herramientas de recolección de información actual. La iniciativa de la Ficha Clínica está diseñada para minimizar la carga de reporte en los proveedores de servicios y organiza la información en base al paciente (en contraste al orden actual que se basa en resultados o generación de servicios e instalaciones de salud). También es importante que esta plataforma se base en el despliegue del CUI y en las inversiones actuales de tecnología en SIGSA para reducir reportes fuera de línea y reducir la duplicación.
3. Como se indica en el reporte "MSPAS-SIS, Recomendaciones y Mapa de Ruta para Implementación" (OPS/OMS 2014), es muy importante para SIGSA contar con un marco de calidad de datos. Este marco o estructura permitirá la evaluación sistemática de calidad de datos y ayudará a los usuarios del sistema a promover el uso de información proveniente del SIGSA.
4. A medida que el MSPAS despliega su nueva estrategia de Atención Primaria de Salud, será importante optimizar el uso efectivo de la tecnología para comprometer a las comunidades, coordinar la atención y monitorear los resultados de salud. La tecnología móvil es un facilitador para mejorar la comunicación que requiere puntos de contacto claros, documentados y sistemas de referencia operativa, y un cimiento sólido de confianza social. También puede apalancarse como plataforma de dos vías para proporcionar cuidados preventivos a las comunidades rurales y minimizar emergencias que pueden ser difíciles de atender en lugares remotos con solamente servicios básicos de atención de salud. Además, la plataforma Kawok tiene el potencial de convertirse en un recurso importante para desarrollar la capacidad de los facilitadores comunitarios y ampliar los servicios de Atención Primaria de Salud de calidad a las comunidades rurales.

Largo Plazo

1. Identificar los diferentes sistemas de información y formas de recolección de información que se usan *fuera* del MSPAS que servirán como referencias para desarrollar un plan para la integración de la información del MSPAS con otros participantes clave del sector salud, tales como el IGSS y reforzar la capacidad del MSPAS como entidad principal de coordinación en el sector salud.
2. Las entrevistas de evaluación indicaron que el MSPAS ha estado desarrollando una nueva estructura estratégica para el sistema SIS. El equipo del HSA cree que el sistema de información en materia de salud del MSPAS podría beneficiarse del desarrollo de un plan estratégico de SIS a largo plazo que soporte los objetivos de salud clave de Guatemala a través de un proceso amplio e inclusivo de partes interesadas. Como parte de este proceso, designar y empoderar a una organización central y formada por varias partes interesadas para supervisar todas las plataformas de sistemas de información en materia de salud y las herramientas desarrolladas en Guatemala, usando un grupo previamente convenido de estándares para la recolección, almacenamiento y transmisión de datos.

8. INSUMOS MÉDICOS Y CADENA DE SUMINISTRO

8.1 Panorama de Insumos Médicos

Es esencial la administración cuidadosa de los farmacéuticos y otros insumos médicos para lograr las metas del sistema de salud. A pesar de ese esfuerzo, muchos programas y sistemas de salud encuentran dificultades en el camino para lograr sus metas porque no han determinado cómo se van a adquirir, suministrar y usar los medicamentos que son esenciales para salvar vidas y mejorar la salud. Los productos farmacéuticos son muy caros y su distribución también encierra dificultades, pero la escasez de medicamentos esenciales, el uso inapropiado de los medicamentos y el gasto en medicamentos innecesarios de baja calidad también tienen un costo alto - incluyendo el desperdicio de recursos y la presencia de enfermedades que se pueden prevenir y la muerte. La administración farmacéutica representa todo un grupo de actividades encaminadas a garantizar la disponibilidad puntual y el uso apropiado de medicamentos seguros y de calidad efectiva, así como de servicios y productos relacionados en cualquier escenario de atención a la salud. En Guatemala, existe una creciente necesidad de compra, administración y distribución eficientes de medicamentos para las personas que las necesitan.

El manejo efectivo de medicamentos y de insumos médicos (MIM) es esencial para un sistema de salud de alta calidad. La gestión de MIM representa todo un grupo de actividades encaminadas a garantizar la disponibilidad puntual y el uso apropiado de medicamentos seguros y de calidad efectiva y insumos relacionados - vacunas, paquetes de pruebas, insumos y equipo relacionados - y servicios en cualquier escenario de atención a la salud. Las actividades de gestión de MIM incluyen la selección, adquisición, distribución y uso de insumos que aparecen a lo largo de la cadena de suministro. Cada componente de la infraestructura está relacionado y contribuye a la viabilidad de otro componente. El valor monetario del MIM por lo general es sustancial y los sistemas para el manejo de estos insumos con frecuencia enfrentan retos políticos y administrativos.

Esta sección evalúa la gestión de MIM en Guatemala. El análisis usa la estructura de MIM como una guía y usa los criterios de desempeño de acceso, calidad, equidad, eficiencia y la sustentabilidad del sistema de salud para juzgar el impacto. El equipo del HSA revisó una amplia gama de material y entrevistó a participantes clave involucrados en la gestión de insumos médicos y condujo visitas de campo para poder comprender la estructura de la cadena de suministros de salud de Guatemala. El equipo también pudo reunir datos de muchos grupos dentro y fuera de MSPAS y realizó diversos análisis primarios para evaluar los insumos médicos y procesos de suministro en Guatemala.

El sistema de salud pública de Guatemala se divide entre MSPAS, IGSS y Sanidad Militar. Como el MSPAS es responsable de atender a todo el país, su cadena de suministro debe garantizar que los insumos lleguen a todas las más de 2,000 establecimientos de salud en todo el país. La cadena de suministro del MSPAS se divide en los siguientes niveles:

- ▶ **Nivel Central** - En la ciudad capital, los insumos médicos para los programas de salud de interés (por ejemplo, VIH/SIDA, vacunas, planificación familiar, micronutrientes) se compran y se almacenan en instalaciones centrales. Tanto proveedores internacionales como nacionales surten a las tres instalaciones centrales del MSPAS. Y de ahí, estos insumos son enviados a las áreas de salud y hospitales.

- ▶ **Unidad Administrativa** - Existen 29 áreas de salud y 43 hospitales en todo el país. Además de los insumos del programa de salud que se compran y transfieren al nivel central, las unidades administrativas representan la cabeza de la cadena de suministro del MSPAS, ya que éstas son las que se encargan de la mayoría de las compras en Guatemala. Principalmente son los proveedores nacionales quienes surten a estas dependencias. Guatemala tiene un presupuesto y sistema de adquisiciones descentralizados y las adquisiciones del MSPAS están esencialmente descentralizadas a nivel de unidad administrativa. Es importante notar que las áreas de salud sirven como las estructuras administrativas y de gestión, pero no proporcionan servicios de salud a los pacientes. Sin embargo, las áreas de salud sí compran y almacenan un inventario de insumos médicos que suministran a los establecimientos médicos bajo su jurisdicción, tal y como se describe a continuación.
- ▶ **Distrito** - El siguiente nivel bajo el área de salud es el distrito de salud; hay 333 distritos de salud. Los sitios de almacenamiento de un distrito de salud típicamente se localizan junto a los centros de salud, pero también sirven como puntos de almacenamiento intermedio para niveles inferiores. Los distritos son responsables de almacenar los insumos para surtir a los centros de salud y puestos de salud, que se describen más adelante. Estos reciben insumos médicos de la DAS.
- ▶ **Puntos de prestación de servicios de menor nivel** - De acuerdo con las entrevistas realizadas por el equipo de cadena de suministro del HSA, existen aproximadamente 1,400 centros de salud y puestos de salud más remotos que brindan atención médica de nivel básico a los guatemaltecos a lo largo del país.¹³

Existen algunas excepciones en este sistema, pero la cadena de suministro que hemos descrito arriba representa a la gran mayoría del volumen de insumos médicos que pasan a través del sistema del MSPAS, de acuerdo con los participantes entrevistados. La Figura 8.1 muestra un mapa de la cadena de suministro del área central al área de salud y al distrito de salud, con sus puntos de demanda correspondiente (centros de salud y puestos de salud). Tome en cuenta que los hospitales no aparecen en este mapa, ya que no proporcionan suministros a las instalaciones de menor nivel.

A lo largo de la siguiente sección ofrecemos detalles sobre cómo opera la adquisición, almacenamiento, distribución y otros componentes de insumos médicos.

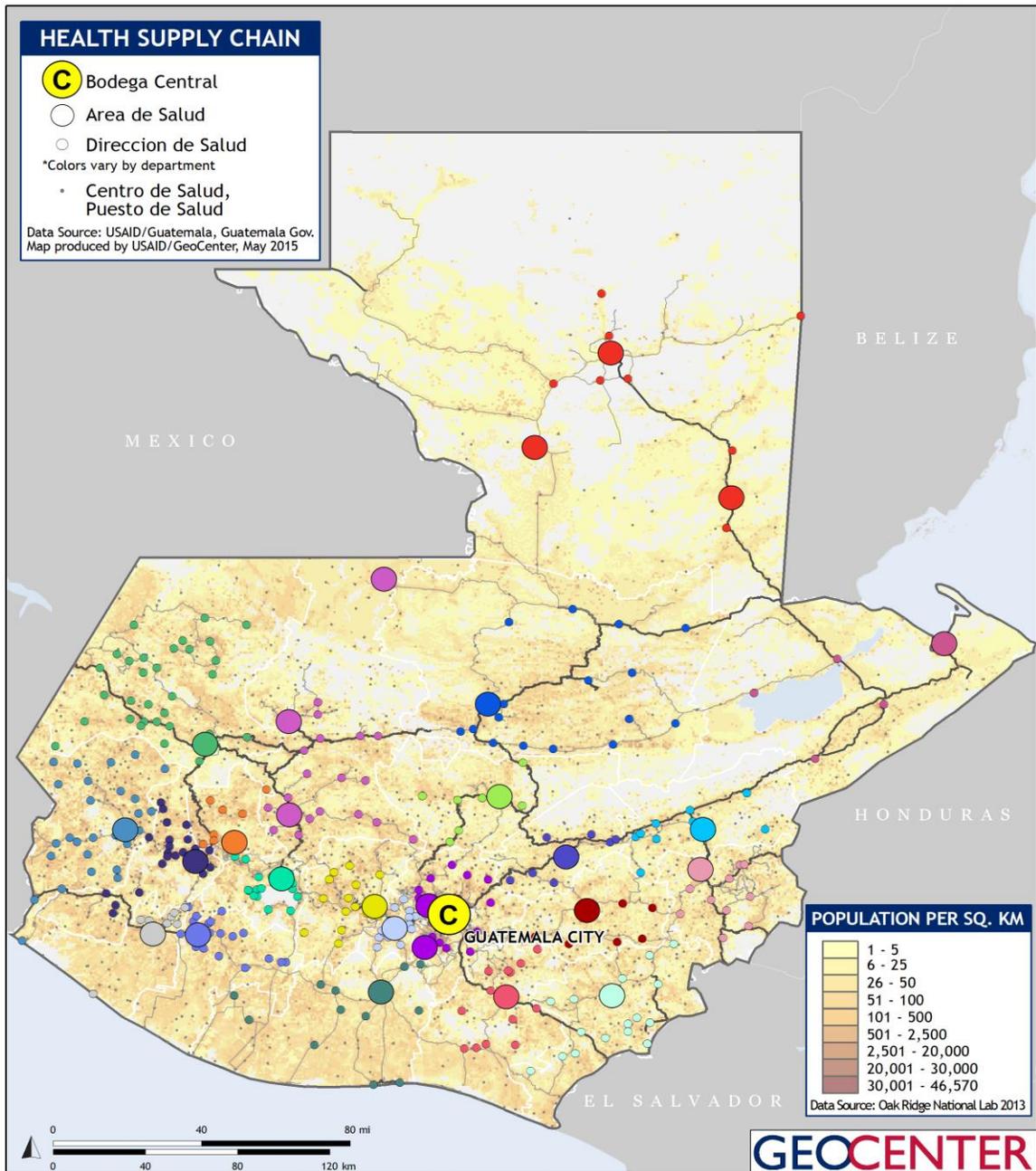
¹³ El número de instalaciones de fuentes gubernamentales revisadas por el equipo HSA no es preciso y tampoco existe una lista disponible de instalaciones que pudiera revisar el equipo

**FIGURA 8.1. MAPA DE LA CADENA DE SUMINISTRO DE GUATEMALA
(ÁREA DE SALUD A DISTRITO A CENTROS/PUESTOS DE SALUD)**



GUATEMALA

**HEALTH SYSTEMS ASSESSMENT
Health Area Supply Chain**



Names and boundary representation are not necessarily authoritative

GTM_201504_HSSAssessment_SupplyChain

Fuente: USAID GeoCenter 2015

8.2 Política, Leyes y Reglamentos de Medicamentos

El Código de Salud de Guatemala, Artículos 172 a 177, es la ley mediante la cual se regulan los productos farmacéuticos. El Código de Salud contiene un marco general para los farmacéuticos, pero no ofrece lineamientos específicos en temas tales como principios para la selección de productos farmacéuticos, control y distribución de manufactura de farmacéuticos y uso racional. El Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines – DRCPFA del MSPAS, es la agencia nacional para la regulación de los medicamentos. Su único propósito es regular los medicamentos – no lleva a cabo ninguna otra función. No sólo propone normas técnicas, además es responsable del registro de los farmacéuticos e inspección de fabricantes y distribuidores de farmacéuticos, así como a dispensarios de sector privado a lo largo del país. Como parte del MSPAS, el departamento no es autónomo.

El DRCPFA ha utilizado el Sistema Automatizado de Medicamentos (SIAMED) desde 2008 para rastreo y administración del registro. El SIAMED es una herramienta software gratuita para las agencias reguladoras de medicamentos, que fue desarrollada conjuntamente por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud, con el apoyo técnico y financiero de diversas organizaciones y donantes. Tanto la versión basada en computadora como la versión basada en la red están disponibles para uso (OMS 1998). A principios de 2015, el Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines instaló un sistema SIAMED basado en red para registro. Los participantes indicaron al equipo HSA que esta actualización ha aclarado el proceso de registro a las compañías farmacéuticas y ha resultado en una operación mucho más sencilla en general. En base a las entrevistas el HSA compiló un resumen de mediciones clave relacionadas con el proceso de registro en Guatemala.

TABLA 8.1. MEDICIONES DE REGISTRO FARMACÉUTICO

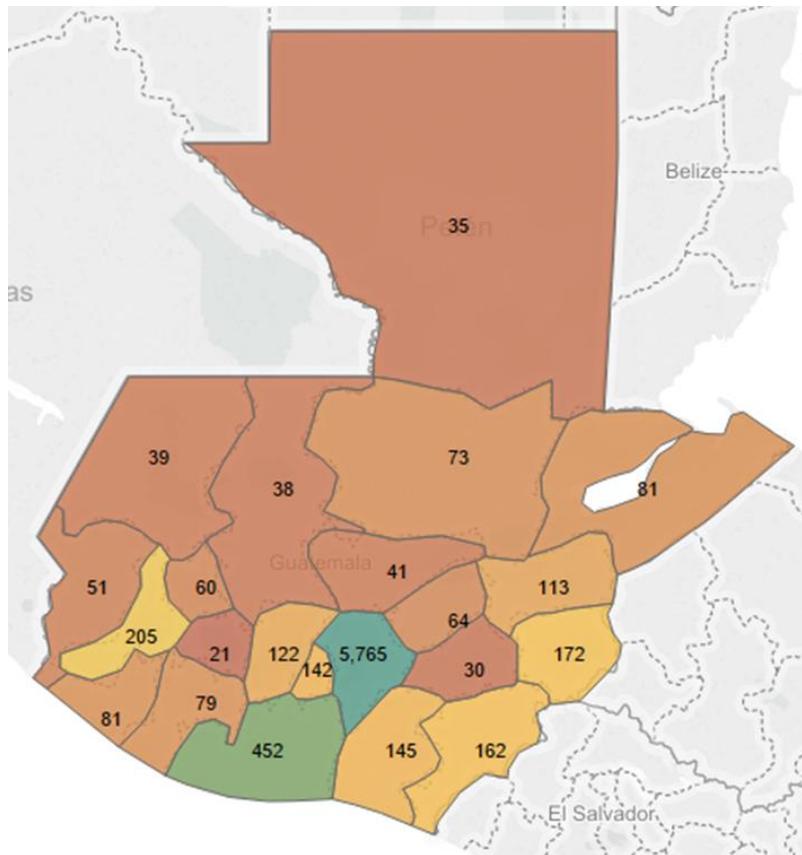
Valor	Definición de la Medida
17,000+	Número estimado de productos registrados
Q2,100	Costo del registro para la compañía (en quetzales)
5 años	Duración del registro
6 a 12 meses	Tiempo que requiere el DRCPFA para realizar el registro inicial
20 días	Tiempo que requiere el DRCPFA para renovar el registro en caso de que haya cambios en el producto o empaque.
48 horas	Tiempo que requiere el DRCPFA para renovar el registro si NO hay cambios en el producto o empaque.
80 por ciento	Porcentaje estimado de solicitudes que requieren algún tipo de corrección después de la presentación inicial.
< 1 por ciento	Porcentaje estimado de compañías que abandonan el proceso de registro después de iniciar una solicitud inicial.

Fuente: Entrevistas de HSA

Además de las normas técnicas y registro farmacéutico, el DRCPFA también es responsable de monitorear y hacer cumplir los reglamentos relacionados con farmacéuticos y alimentos en el país. Guatemala tiene un proceso para aceptar y dar seguimiento a las quejas del consumidor relacionadas con productos farmacéuticos y/o instalaciones que surten los productos farmacéuticos. De acuerdo con los entrevistados, existen archivos en papel para todas las reclamaciones relacionadas con productos farmacéuticos y se da seguimiento a todos los casos. Desde el 1 de enero de 2013 al 30 de abril de 2015, se registraron 197 quejas (Figura 8.2). De acuerdo con las partes interesadas clave, hay un equipo nacional de inspección integrado por 20 miembros profesionales y técnicos con sede en Ciudad de

Guatemala, que otorga licencia e inspecciona a aproximadamente 10,000 establecimientos relacionados con productos farmacéuticos a lo largo del país, tales como farmacias, distribuidores de productos farmacéuticos y fabricantes de medicamentos e insumos médicos. Aunque fue posible para el equipo HSA revisar datos sobre el número de inspecciones realizadas por departamento y tipo de instalaciones inspeccionadas durante un período de 28 meses, no fue posible evaluar la correlación entre el número de inspecciones y el tipo de instalaciones por departamento, porque el nivel de detalle no estuvo disponible para el equipo.

**FIGURA 8.2. INSPECCIONES POR DEPARTAMENTO
I DE ENERO DE 2013 – 30 DE ABRIL DE 2015**



Fuente: MSPAS, Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines

De acuerdo con los datos disponibles para el Equipo del HSA, es claro que las inspecciones se llevan a cabo con más frecuencia cerca de la capital que en otras partes del país. Sin embargo, el equipo no pudo determinar si los niveles de cobertura se distribuyeron uniformemente a lo largo del país o si algunas instalaciones recibieron inspecciones múltiples, porque no hay una lista maestra de instalaciones farmacéuticas con identificadores únicos para rastrear de manera uniforme a estas entidades. La Tabla 8.2 resume las inspecciones que se llevaron a cabo a lo largo del período de 28 meses por tipo de establecimiento inspeccionado.

**TABLA 8.2. NÚMERO DE INSPECCIONES POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO
I DE ENERO, 2013 – 30 DE ABRIL, 2015**

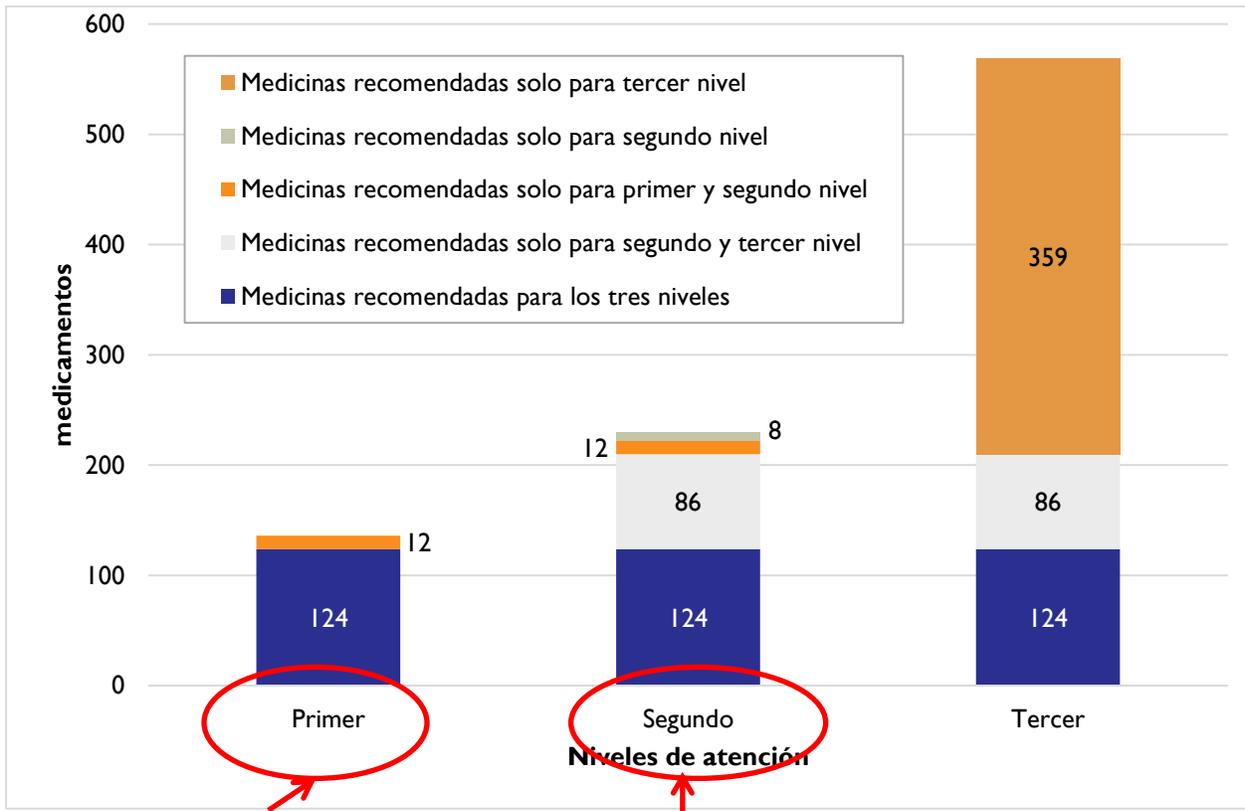
Tipo de Instalación Inspeccionada	Número	Porcentaje
Farmacias/boticas	7.339	88.4
Distribuidores	570	6.9
Puntos de venta de medicina natural	372	4.5
Otros tipos de instalaciones	25	0.3
Total	8.306	100

Fuente: MSPAS, Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines

8.3 Selección de Medicamentos

El MSPAS y el IGSS mantienen Listas Básica de Medicamentos separadas (LBMs). Esta situación impide su colaboración conjunta en la adquisición porque las canastas de medicamentos coinciden sólo parcialmente. Además, según la revisión de datos disponibles para el equipo de HSA, el número de medicamentos incluidos para cada nivel de atención de salud (primaria, secundaria y terciaria) en la Lista Básica de Medicamentos del MSPAS es mucho mayor de lo que en realidad se almacena en áreas de salud y hospitales. Para el nivel primario, la LBM del MSPAS contiene casi tres veces el promedio realmente incluido en los establecimientos de nivel primario en Guatemala. La LBM del MSPAS del nivel secundario contiene casi cuatro veces el número de insumos realmente incluidos en instalaciones de nivel secundario en Guatemala. La lista de medicamentos esenciales incluye medicamentos para morbilidad específica que quizá no son necesarias en todas las regiones. Esta puede ser la razón de la discrepancia entre el número de insumos que las áreas de salud compran y la cantidad “unión” de medicamentos recomendados en la LBM. Es posible que mientras que las áreas individuales de salud están adquiriendo solo unos cuantos artículos, la “unión” de estos artículos se está acercando al número de artículos recomendados en la LBM. Sin embargo, aun cuando se considera la unión de todos los artículos adquiridos por todas las áreas de salud los datos demuestran que solamente se compra un sub-grupo de la LBM, tal y como se muestra en la Figura 8.3.

FIGURA 8.3. LISTA BASICA DE MEDICAMENTOS DEL MSPAS, POR NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD



Solo 59 de estos 136 insumos fueron comprados por alguna Área de Salud, de Oct 14 a Abr 15

Solo 59 de estos 230 insumos fueron comprados por alguna Área de Salud, de Oct 14 a Abr 15

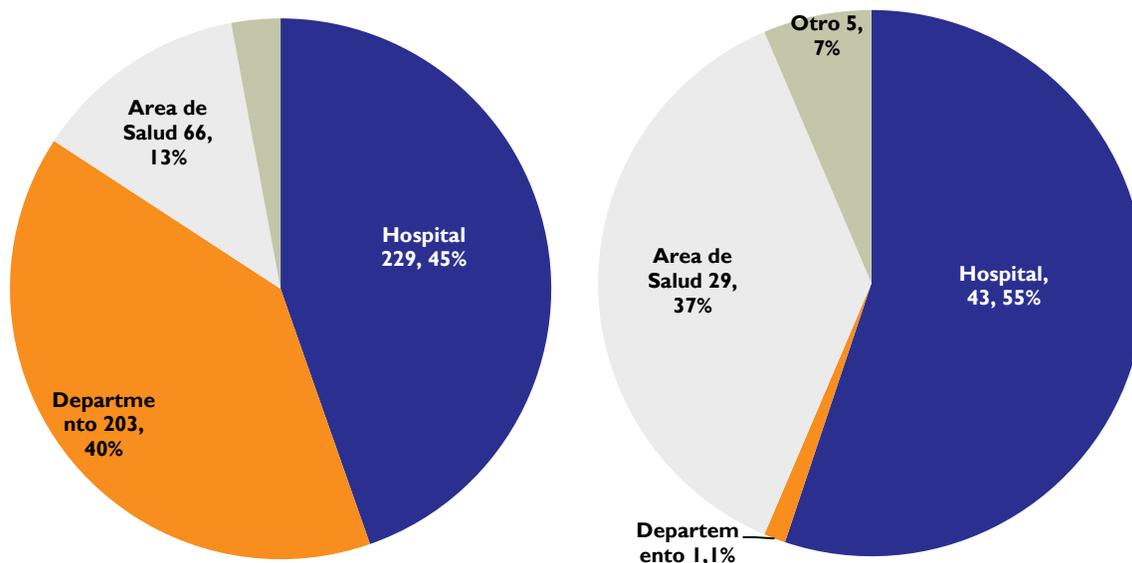
Como se discutió en la sección de Finanzas en Salud, las áreas de salud y hospitales tienen autonomía presupuestaria y efectúan sus propias compras de medicamentos. Durante el período en el que los datos de SIGSA estuvieron disponibles para revisión (1 de octubre de 2014 al 30 de abril de 2015), las áreas de salud, las entidades responsables de la compra de medicamentos para establecimientos de nivel primario y secundario, solamente estaban comprando entre 22 y 50 medicamentos distintos (SIGSA 2015). Esta cantidad es mucho menor a los 150-200 medicamentos distintos que sugiere la LBM del MSPAS. Igualmente, los hospitales establecimientos de salud de nivel terciario) estuvieron comprando entre 66 y 318 medicamentos distintos, mucho menos que los 569 medicamentos que sugiere la LBM del MSPAS (SIGSA 2015). Esta disparidad es problemática porque ya hay importantes faltas de inventario en todo el sistema actual, con una canasta mucho más pequeña de insumos en comparación con la LBM. Al contar con una LBM que recomienda una distribución limitada de dinero para adquisiciones entre tres o cuatro veces la canasta actual de insumos – cuyo suministro no es suficiente – incrementa el riesgo de falta de inventario y de tratamiento y atención desiguales. Esta condición representa el riesgo de que la lista de medicamentos esenciales del MSPAS, tal y como está desarrollada en la actualidad, no se pueda implementar en el corto plazo y no sea de gran ayuda para reunir medicamentos de tratamiento en un ambiente con pocos fondos.

8.4 Adquisiciones

Las compras públicas de insumos médicos en Guatemala se presupuestan y ejecutan entre tres entidades públicas: MSPAS, IGSS y el sistema de Sanidad Militar. Como se discutió en la sección de Finanzas de Salud, el MSPAS y el IGSS conforman la gran mayoría de adquisiciones públicas con una porción más pequeña administrada por Sanidad Militar, que presta servicios a menos de 1% de la población guatemalteca. El IGSS es el comprador más grande de insumos médicos con tres veces el volumen de compras del MSPAS aunque da servicio solamente al 23% de la población que la que atiende el MSPAS.

Las compras del MSPAS están descentralizadas entre 78 unidades administrativas, en su mayoría hospitales y áreas de salud, tal y como se muestra en la Figura 8.4, considere que el departamento administrativo representa los medicamentos incluidas en los programas de salud en el país (VIH/SIDA, planificación familiar, etc.). La gráfica del lado izquierdo muestra la distribución del *conteo* de unidades administrativas. La gráfica del lado derecho muestra la distribución del *presupuesto* de las unidades administrativas. Observe que los medicamentos adquiridos por el departamento administrativo son comprados y transferidos por la cadena de suministro a los hospitales y áreas de salud.

FIGURA 8.4. UNIDADES ADMINISTRATIVAS POR CONTEO (IZQUIERDA) Y POR TOTAL DEL PRESUPUESTO PARA MEDICAMENTOS EN 2014 (DERECHA)



Fuente: MSPAS, Departamento de Finanzas

Actualmente, las unidades administrativas son las únicas que pueden llevar a cabo las adquisiciones, y no así los niveles más bajos (por ejemplo, no directamente por parte de los puestos de salud, centros de salud o distritos). Las unidades administrativas se relacionan con cuatro tipos de adquisiciones, que varían en proceso, en requerimientos y tiempos límite, dependiendo de la magnitud de la adquisición.

Los reglamentos que rigen la adquisición pública de los medicamentos se basan en leyes guatemaltecas más amplias establecidas para adquisiciones públicas. Las modalidades de compras más relevantes para insumos médicos establecidas por los reglamentos en Guatemala son los siguientes:

- ▶ **Compras Directas** - Para compras menores a 90,000 quetzales, las unidades administrativas están autorizadas a comprar insumos médicos directamente del proveedor de su preferencia. Los plazos típicos son entre 1 - 2 meses para realizar una compra directa.
- ▶ **Cotización** - Para compras entre 90,001-900,000 quetzales, se requiere que las unidades administrativas obtengan cotizaciones de por lo menos tres proveedores. Los plazos típicos son entre 4 a 6 meses para concluir la compra.
- ▶ **Licitación única** - Para compras de 900,001 quetzales y más, se requiere una solicitud de propuesta competitiva, con plazo de entrega de un año.
- ▶ **Contrato marco** - Este tipo de contrato se refiere a compras que a diferencia de contratos de varios años que se establecen a nivel nacional y bajo los cuales las unidades administrativas pueden realizar órdenes de compra. Como se mencionó anteriormente, las adquisiciones públicas de los insumos médicos las realizan el MSPAS, IGSS, y Sanidad Militar. En los que casos en que dos de estas tres entidades establecen un contrato común, este contrato se convierte en un contrato obligatorio para las tres entidades, lo que significa que se requiere que todas las tres entidades emitan órdenes de compra bajo el contrato cuando adquieran esos artículos en particular - estas unidades ya no pueden usar las otras tres formas de adquisición que se mencionaron anteriormente. Los plazos

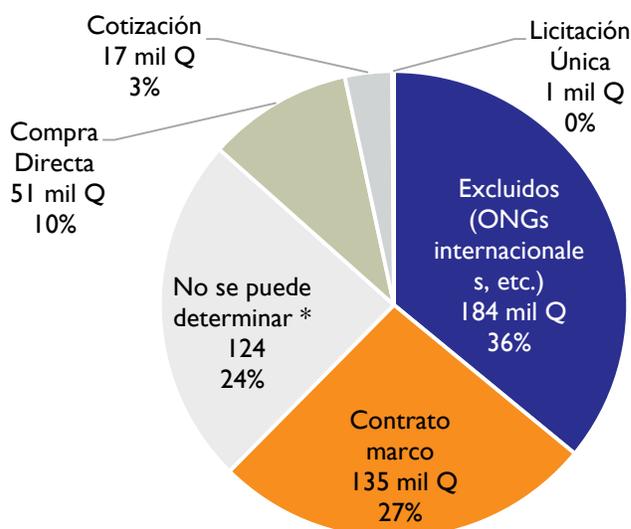
establecidos en los contratos marco son de un año o más, pero una vez establecidos, las unidades administrativas pueden colocar órdenes de compra, con plazos de entrega de entre 1 y 2 meses.

- **Exclusiones de estos requerimientos** - Para compras de Organizaciones No Gubernamentales (por ejemplo Organización Panamericana de la Salud, *Global Fund*), el MSPAS está exento de los requerimientos de compras que mencionamos en los párrafos anteriores y está autorizado a adquirir directamente de esos proveedores. Por ejemplo, *Global Fund* surte farmacéuticos para el programa de VIH/SIDA (parte del departamento administrativo mostrado en la Figura 8.4).

Debido a los prolongados plazos de entrega asociados con las modalidades de cotización para un solo evento y licitación única, las unidades administrativas rara vez recurren a estas modalidades. Mucho más común es el escenario en el que las unidades compran pequeñas cantidades de lo que necesitan mediante la compra directa o colocan órdenes de compra mediante el contrato marco, en ambos casos con plazos de entrega más cortos. Los insumos asociados con los programas de salud, tales como VIH/SIDA y nutrición, se compran centralmente y se envían a las unidades y quedan exentos de los requerimientos de compra.

Como se aprecia en la Figura 8.5, el MSPAS no pudo proporcionar datos detallados relacionados con el 24% del volumen de compra, haciendo difícil decir con confianza cuál es el desglose para las adquisiciones totales de 2014 gastados entre las cinco modalidades indicadas arriba. Este es uno de los resultados de una discrepancia entre los datos de adquisiciones en SIGES, que administra las compras y las órdenes de compras en todo el sector público y SICOIN basado en la contabilidad del Ministerio de Finanzas, que es el sistema de más alto nivel de registros contra el cual SIGES efectúa las conciliaciones (SIAF IGSS 2009). Sin embargo, el equipo del HSA puede decir que en base a los datos revisados, las adquisiciones mediante contratos marco y adquisiciones exentas de ONG internacionales representan una *porción mucho más grande de las adquisiciones del MSPAS de lo que comúnmente se entiende y así fue comunicado al equipo del HSA en muchas entrevistas*. Esta situación subraya una idea errónea entre los participantes en cuanto a la implementación actual del contrato marco contra los contratos de compra directa.

FIGURA 8.5. DESGLOSE DE ADQUISICIONES DE MEDICAMENTOS POR TIPO DE CONTRATO, 2014 (MILLONES DE QUETZALES)



Fuente: MSPAS, Departamento de Finanzas

En términos generales, los compradores pueden lograr precios menores y acceder a más proveedores establecidos y con frecuencia de mayor calidad cuando compran mediante mecanismos en grupo (contratos marco y adquisiciones mayoristas que han sido exentas) porque es una forma de ampliar el poder adquisitivo a través de agrupaciones de volúmenes de compra. No obstante, el equipo del HSA identificó los siguientes retos específicos de Guatemala durante la evaluación:

1. Los contratos marco en Guatemala requieren la colaboración activa del MSPAS, IGSS y de Sanidad Militar, entidades de adquisiciones con procesos separadas, para que no se traslapen de manera significativa.
2. Durante las entrevistas, el Departamento de adquisiciones del MSPAS (DAN) indicó que la compra de algunos artículos resulta más cara vía contratos marco, por lo que estos artículos no serán candidatos para una adquisición a volumen. Como se aprecia en las siguientes recomendaciones, se debe realizar un análisis para identificar y determinar la prioridad de candidatos para compras de volumen.
3. Si las entidades no mantienen suficiente liquidez para pagar a tiempo a los proveedores, cualquier ahorro de costos de la unidad quedará anulado por las multas resultantes de pagos retrasados. Este es uno de los problemas que identificaron muchos de los participantes entrevistados.
4. Si no se es cuidadoso cuando se establecen las condiciones, los contratos marco dejarán de permitir a las unidades que emprendan acciones que pudieran ser más racionales en algunos casos y podrían surgir restricciones en la selección que pueden hacer las unidades administrativas con respecto a los proveedores.

Si el proceso de compras para establecer contratos marco presenta defectos (publicidad deficiente, términos mal negociados, corrupción, etc.), esencialmente requeriría que las unidades administrativas adquieran productos de proveedores sub-óptimos, empeorando el sistema en general.

A pesar de estos desafíos, la oportunidad que representa la compra de más insumos médicos vía contratos de gran volumen es significativa. En un estudio paralelo de "Experiencias y Oportunidades de Compras Conjuntas en Guatemala" que se llevó a cabo al mismo tiempo que el HSA, se recomiendan varias modificaciones a los procedimientos actuales con el fin de reducir de manera significativa los costos de los suministros médicos (Pérez 2015).

8.5 Almacenamiento y Distribución

El equipo de HSA visitó todos los tipos de instalaciones de almacenamiento en la cadena de suministro del MSPAS – almacenes que guardan insumos de programas a nivel central, así como muchos almacenes en hospitales, áreas, distritos, centros y puestos de salud, y ex instalaciones del PEC en Ciudad de Guatemala y tres regiones del país que el equipo visitó.

Las instalaciones y condiciones en sí no fueron particularmente notables y son similares a los sistemas de salud pública en muchos países con un nivel similar de desarrollo económico como el que tiene Guatemala. No se observaron graves problemas de capacidad durante las visitas de campo, y durante las entrevistas no se reportó ningún problema. Mientras que los almacenes del área de salud deben mejorar su uso debido a la necesidad para administrar los insumos en las instalaciones de PEC, ahora del MSPAS, que están iniciando, es posible que los problemas de capacidad se puedan manejar según sea necesario.

Durante las visitas de campo, el equipo del HSA observó cómo funcionan los procesos de administración de inventario básico y las formas que están utilizando los establecimientos del MSPAS.

Mientras que el equipo del HSA no evaluó formalmente las pérdidas de inventario, se observaron solamente medicamentos no expirados durante las visitas de campo.

En base a la información revisada y las visitas a sitio, las dos áreas principales de preocupación con respecto a almacenamiento y distribución fueron (a) distribución en el nivel central y (b) el Sistema para Manejo Logístico y de Información (SMLI). Actualmente los insumos para muchos programas de salud se almacenan a nivel central (por ejemplo, VIH/SIDA, planificación familiar, etc.), representando casi el 40% de las adquisiciones del MSPAS (MSPAS 2015). Las áreas de salud y hospitales se encargan de su transporte y recolección en el nivel central entre 6 y 12 veces cada año. Sin embargo, a pesar de tener la misma fuente (los almacenes centrales) y los mismos puntos de destino (áreas de salud y hospitales), cada programa mantiene sistemas de distribución y frecuencias a cada punto de destino completamente independientes. Muchos insumos de programas no se transportan en un mismo vehículo y tampoco se combinan en una misma ruta un solo insumo para muchos destinos. Esta ineficacia además afecta la capacidad del MSPAS para comprar insumos y así evitar la falta de suministros. Esta fragmentación y falta de coordinación entre los programas verticales afectan a muchos de los dominios del sistema de salud de Guatemala.

Actualmente el MSPAS administra múltiples LMIS que no permiten el análisis necesario para administrar correctamente el suministro o desarrollar soluciones a los causantes principales de falta de inventario entre los múltiples insumos y sitios. Los sistemas se fragmentan con muchos componentes basados en hojas de cálculo y documentos que en realidad no ayudan a formar un LMIS global. Este problema es más grave en los establecimientos de nivel inferior, donde se usa el LMIS para capturar los datos logísticos clave y el sistema está más fragmentado. El MSPAS ha dado un gran paso hacia adelante al reportar los saldos de inventarios en áreas de salud y hospitales al SIGSA. Como se describió en detalle en la sección de Sistemas de Información de Salud en este reporte, el MSPAS, IGSS y el Ministerio de Finanzas usan muchos sistemas de información. Desafortunadamente, resulta muy difícil consolidar los datos en estos sistemas para ofrecer una visión más amplia y más estratégica de lo que está sucediendo debido a la ausencia de códigos de identificación únicos; por ejemplo, los sitios de establecimientos de salud no están estandarizados, lo que significa que los datos de referencia sólo se pueden fusionar de manera manual. La administración de inventarios, las compras y distribución y otras funciones relacionadas se dificultan particularmente por este problema.

El formulario de BRES es el método de requisición y reporte de existencias que usan los puestos de salud, los centros de salud y los distritos para ordenar suministros al siguiente nivel de la cadena de suministro (Figura 8.6). El formulario BRES facilita un sistema de distribución basado en un sistema de control de inventarios y distribución tipo “pull” en el que el nivel inferior decide qué es lo que necesita y lo ordena (*pull*) del nivel superior. En contraste, un sistema de distribución “push” involucra que el nivel que hace el suministro tome la decisión de cuánto suministrar (*push*) al nivel inferior. El reto con este enfoque es que los sistemas de solo requisición (*pull*) fundamentalmente no funcionan cuando los suministros no están disponibles para su distribución a los niveles inferiores, que parece ser el caso con el MSPAS. El sistema BRES en Guatemala obliga a los puestos de salud y centros de salud a llenar varias páginas de información, a realizar cálculos a mano, a transferir datos desde una fuente a otra y a efectuar muchas otras tareas administrativas redundantes. Después de que se realizan todas estas tareas, si el nivel superior no tiene el insumo necesario en cantidad suficiente para el nivel inferior, todo ese esfuerzo es vano, ya que el nivel inferior obtiene lo que el gerente del almacén a nivel suministrador decide arbitrariamente que es lo adecuado. El equipo del HSA observó varios retos relacionados con los formularios BRES cuando visitaron los sitios.

FIGURA 8.6. UN FORMULARIO BRES QUE ILUSTRA LOS CÁLCULOS REQUERIDOS PARA COMPUTAR UN PEDIDO RACIONAL

The image shows a form titled "BALANCE, REQUISICION Y ENVIO DE SUMINISTROS" from the Ministerio de Salud Pública. The form contains a table with columns for inventory balance, requisition, and shipment. Red callouts highlight the following:

- 14 columnas x 80 insumos = datos cada mes**: Points to the main data table.
- Saldo de inventario: el dato más importante**: Points to the 'SALDO ANTERIOR' column.
- Falta de códigos estandarizados limita el valor de los datos digitales**: Points to the 'CODIGO' column.
- Pedidos no surtidos**: Points to the 'CANTIDAD RECIBIDA' column.

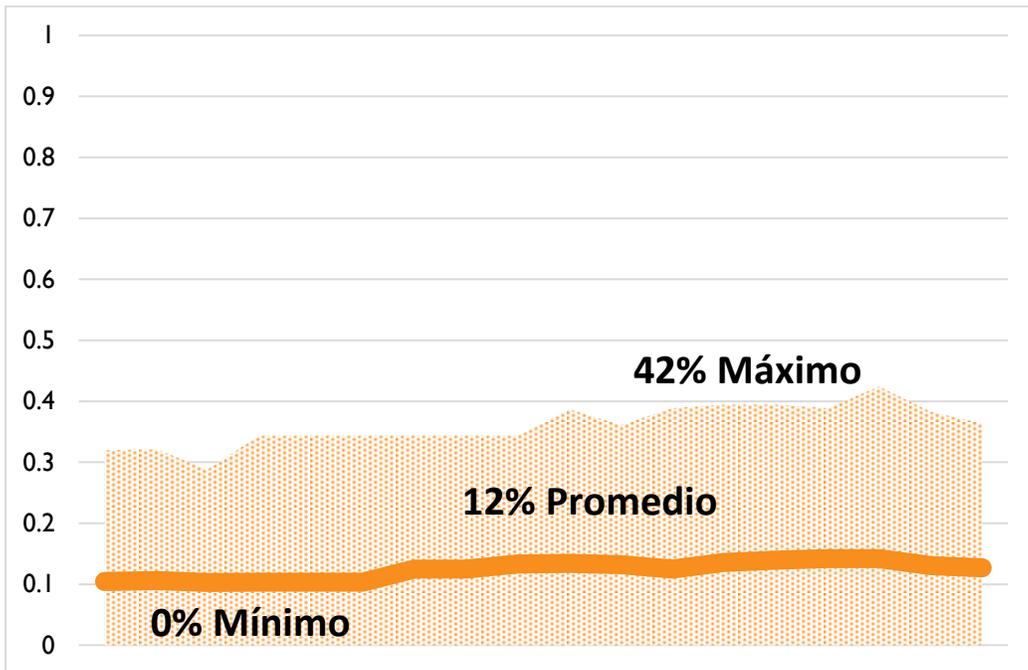
CODIGO	SUBMINISTRO (Nombre, Concentración y Presentación)	A	ENTRADA AL ALMACEN	ENTREGADA AL USUARIO	NO ENTREGADA AL USUARIO	SEMANA REAL	REALITE (H)	SALDO MTO. EXISTENTE	EXISTENCIA FISICA EN Bodega	PREVISIONES DE ENTREGA DE BODAS	CANTIDAD MANTEN	CANTIDAD SOLICITA	CANTIDAD RECIBIDA
		48	16	48	-	48	-	46	16	1	32	16	16
		354	380	374	-	374	-	280	380	0.4	374	250	250
		280	-	200	-	200	-	38	38	0.3	280	150	150
		-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	16	-
		174	100	100	-	100	-	154	154	1.3	244	70	40
		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		4	-	4	-	4	-	1	1	0.5	4	2	-
		2	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-
		22	4	0	-	3	-	23	20	2.2	16	-	-
		-	-	-	-	-	-	19	190	4.1	380	40	130
		-	-	-	-	-	-	2	2	1	4	-	2

Fuente: MSPAS, Puesto de Salud

8.6 Disponibilidad y Acceso a Insumos de Calidad

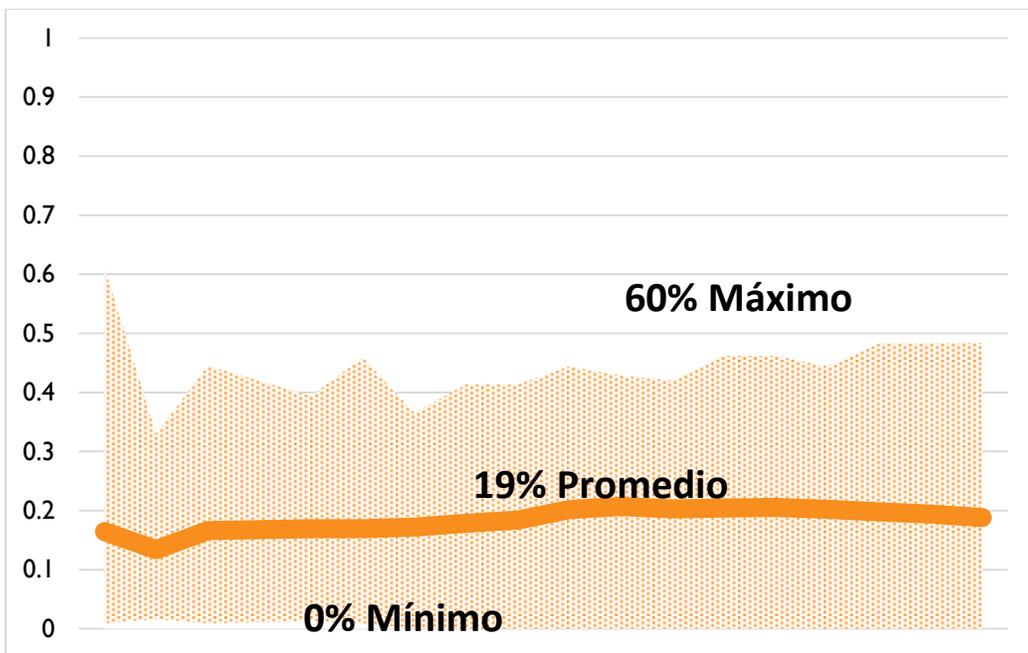
Desde octubre de 2014, los datos de falta de insumos en áreas de salud y hospitales se han reportado, agregado y compartido electrónicamente con el público a través del SIGSA. Tal y como se discutió en la sección de Sistemas de Información de Salud, los datos del SIGSA se reportan semanalmente y se actualizan mediante un tablero en línea accesible al público. El MSPAS ha dado un paso positivo al hacer disponibles estos datos, para garantizar la transparencia y mejorar la disponibilidad insumos médicos. El equipo del HSA pudo evaluar la falta de suministros a nivel de área de salud y a nivel de hospital para el período de siete meses, que va del 1 de octubre de 2014 al 30 de abril de 2015. Como se aprecia en las Figuras 8.7 y 8.8, hubo faltas de inventario en todas las áreas de salud y hospitales. Los datos del SIGSA mostraron una tasa promedio de faltas de inventario del 12% en las áreas de salud a lo largo del período de 7 meses, mientras que en el caso de hospitales se aprecia una tasa promedio de faltas de inventario del 19%. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que las áreas de salud son un nivel intermedio de la cadena de suministro (hay dos niveles adicionales debajo de las áreas de salud, específicamente los distritos de salud y los centros / puestos de salud), lo que significa que la tasa de falta de inventario en los niveles inferiores seguramente será mayor al promedio del nivel de área de salud.

FIGURA 8.7. PORCENTAJE DE INSUMOS FALTANTES EN LAS ÁREAS DE SALUD, I DE OCTUBRE, 2014 – 30 DE ABRIL, 2015



Fuente: MSPAS, SIGSA

FIGURA 8.8. PORCENTAJE DE INSUMOS FALTANTES EN TODOS LOS HOSPITALES, I DE OCTUBRE, 2014 – 30 DE ABRIL, 2015



Fuente: MSPAS, SIGSA

Aunque no hubo datos globales disponibles para revisar en los casos de falta de inventario a los niveles inferiores de la cadena de suministro, los equipos del HSA observaron falta de inventario durante las visitas a puestos de salud, centros de salud y niveles de distrito en Alta Verapaz, Chiquimula y Quetzaltenango. La Figura 8.9 ofrece un ejemplo de una de las visitas del HSA, que fue consistente con las entrevistas a los grupos participantes.

FIGURA 8.9. FOTOGRAFÍA DE UN ALMACÉN MOSTRANDO FALTA DE INVENTARIO EN UN PUESTO DE SALUD



Fuente: Equipo de HSA, Puesto de Salud

Dado el grado de falta de inventario reportado en el país, el equipo del HSA analizó qué insumos eran los que estaban causando estas tasas de falta de inventario. La falta de códigos estandarizados para los artículos en almacén dificultó el análisis, sin embargo el equipo del HSA pudo efectuar este análisis para las áreas de salud, quienes son los únicos proveedores de los centros de salud y de puestos de salud. Por lo tanto, se puede inferir razonablemente que estos son los artículos que también causan falta de inventario en los niveles inferiores del sistema del MSPAS. La tabla 8.3 muestra los 10 insumos faltantes más comunes en semanas acumuladas considerando todas las 29 áreas de salud. Parece que si se soluciona la situación de faltantes de estos 10 insumos, se podrá solucionar la mayoría de los problemas de faltantes en áreas de salud, distritos de salud, centros de salud y puestos de salud.

TABLA 8.3. LOS 10 INSUMOS MÉDICOS COMÚNMENTE FALTANTES EN ÁREAS DE SALUD, I DE OCTUBRE, 2014 – 30 DE ABRIL, 2015

Nombre de los Medicamentos	Total de Semanas de Faltante	Porcentaje del Total	Porcentaje Acumulado
Acetaminofeno	346	12 por ciento	12 por ciento
Clorfniramina	238	9 por ciento	21 por ciento
Vitamina A	210	8 por ciento	29 por ciento
Vitacereal	190	7 por ciento	35 por ciento
Solución Salina	187	7 por ciento	42 por ciento
Clotrimazol	168	6 por ciento	48 por ciento
Sulfato / Ácido Férrico	153	6 por ciento	54 por ciento
Sulfametoxazol / Trimetoprima	138	5 por ciento	59 por ciento
Albendazol	137	5 por ciento	64 por ciento
Metronidazole	105	4 por ciento	67 por ciento
Nombre del Suministro Médico	Total de Semanas de Faltante	Porcentaje del Total	Porcentaje Acumulado
Guantes	275	14 por ciento	14 por ciento
Hojas de bisturí	208	10 por ciento	24 por ciento
Sutura de nylon	205	10 por ciento	34 por ciento
Suturas de catgut crómico	184	9 por ciento	43 por ciento
Agujas hipodérmicas	159	8 por ciento	51 por ciento
Sutura de seda negra	156	8 por ciento	59 por ciento
Catéter intravenoso (catéter angio)	152	8 por ciento	66 por ciento
Jeringa	132	7 por ciento	73 por ciento
Cinta adhesiva	131	7 por ciento	80 por ciento
Cinta quirúrgica (rollos)	81	4 por ciento	84 por ciento

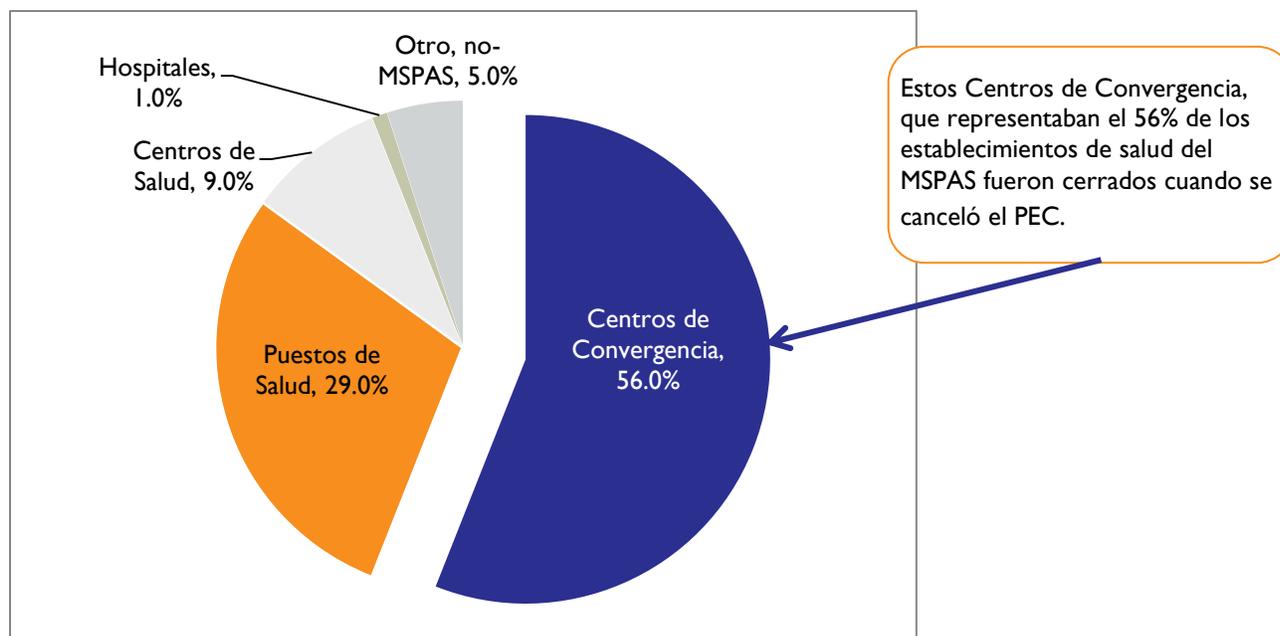
Fuente: MSPAS, SIGSA

Los directores de áreas de salud y hospitales entrevistados por el equipo del HSA durante las visitas de campo indicaron que la falta de fondos era la causa principal (y la única identificada) para la falta de inventario. Los entrevistados en centros y puestos de salud indicaron que lo que provoca la falta de inventario era que no recibían cantidades suficientes por parte de la entidad suministradora, pero no pudieron sugerir las razones para la falta de inventario sistémica que experimentan todos los días.

Para los fines de esta evaluación, la *accesibilidad* a los insumos médicos se refiere a la proximidad geográfica de puntos de entrega de servicio que hace disponibles los insumos a los usuarios finales. La *disponibilidad* indica que estos puntos de entrega de servicio en realidad cuentan con medicamentos de calidad en los anaqueles y están disponibles a los pacientes que los necesitan. Como se indicó anteriormente, la disponibilidad de medicamentos de calidad es un problema constante. Como se menciona en la sección de Entrega de Servicio y en otras partes del reporte, el acceso a los medicamentos vía establecimientos de salud de nivel primario se ha dificultado gravemente en las regiones norte y noroeste de Guatemala como resultado de la suspensión del PEC.

Como se puede apreciar en la Figura 8.10, la pérdida de los centros de convergencia patrocinados por el PEC – no obstante las deficiencias que pudieron haber existido en el anterior sistema PEC – ha ejercido un fuerte impacto en el nivel de accesibilidad geográfica del alcance del gobierno para proporcionar los servicios básicos de salud. El país se encuentra en un punto crítico porque los puestos de salud requeridos para la nueva estrategia de Atención Primaria de Salud todavía no se han establecido ni implementado. Esta brecha representa una verdadera amenaza a la salud de algunas de las poblaciones más vulnerables de Guatemala.

FIGURA 8.10. DIFERENTES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN OPERACIÓN BAJO EL PEC (ANTES DE 2015)



Fuente: Proyecto HPP de USAID, MSPAS, SIAS

8.7 Financiamiento de Insumos Médicos

Fue muy difícil calcular con precisión el grado de falta de medicamentos en Guatemala de acuerdo con los datos disponibles para el equipo del HSA. A pesar de que el equipo del HSA utilizó los presupuestos de medicamentos de 2014 disponibles para las unidades administrativas que le entregó el Departamento de Finanzas del MSPAS, se detectó una diferencia significativa entre el presupuesto asignado por la Unidad de Planeación Estratégica (UPE) y la cantidad real que fue recibida (el presupuesto devengado) por cada unidad administrativa. En el caso de hospitales, la cifra real fue 14% menos que la cantidad presupuestada; para las áreas de salud la cantidad real fue 3% menor a la cantidad presupuestada y para los programas de salud (Departamento Administrativo) la cantidad real fue 42% por abajo del presupuesto (MSPAS 2015e). Los entrevistados dijeron al equipo del HSA que la escasez real fue mucho mayor a la indicada. Las entrevistas a participantes también indicaron que el presupuesto de medicamentos desarrollado por la UPE se basa en metas de salud (por ejemplo, la meta de 1,000 vacunas en el área de salud X) en lugar de ejercicios para cuantificar los suministros necesarios, usando datos históricos de consumo proporcionados por los establecimientos de salud. Los datos de consumo provenientes de establecimientos de salud de nivel inferior no están disponibles para facilitar dichos ejercicios de cuantificación. Las entrevistas de los participantes indican que el presupuesto asignado por la UPE es significativamente menor a la necesidad real en la mayoría de las unidades. De acuerdo con las

entrevistas, en un caso, el presupuesto para medicamentos asignado se calculó ser 40% de lo que se necesitaba.

Además de *financiar la compra* de los insumos médicos en sí, un punto importante a considerar es el costo de distribuir los insumos a lo largo de la cadena de suministro de Guatemala. En el año 2014, el proyecto USAID | DELIVER efectuó un estudio de costos para evaluar la eficiencia de la cadena de suministro de Guatemala en la distribución de 17 vacunas, 11 anticonceptivos, 5 productos PROSAN y una muestra de 26 medicamentos de la lista LBM. El estudio encontró que el costo de los medicamentos distribuidos (los insumos) fue de 459.8 millones de quetzales durante el período bajo revisión. El costo de la logística (es decir, el costo de llevar los insumos del punto A al punto B) fue de 155.5 millones de quetzales, o 34% del valor de los medicamentos. El estudio de USAID | DELIVER concluyó que “*el costo de la logística se puede reducir... explorando la posibilidad de subcontratar algunas funciones de la logística, automatizando la administración de inventarios, analizando niveles de distribución, la frecuencia del resurtido y capacitando al personal para evitar la rotación*” (Agudelo, Juan et. al. 2014).

8.8 Conclusiones y Recomendaciones

Corto plazo

El MSPAS y el IGSS mantienen listas LBM (Listas básicas de medicamentos) por separado. La lista del MSPAS contiene más de 500 medicamentos distintos. Al mismo tiempo, el MSPAS enfrenta problemas de escasez en todos los niveles de atención en donde los 10 medicamentos más importantes que normalmente faltan, representan 67% del faltante y los 10 suministros médicos principales representan 84%. Estas ineficiencias tienen un mayor impacto en la calidad de la atención que se brinda a los pacientes y son estas ineficiencias las que ahuyentan a los pacientes de las instalaciones de salud, ya que los pacientes saben que frecuentemente no pueden brindarles los medicamentos que necesitan. Tal y como se mencionó arriba, USAID | DELIVER detectó que el costo de la logística a lo largo de la cadena de suministro de Guatemala se puede reducir mediante diversos mecanismos.

Recomendaciones:

1. El MSPAS debe perseguir la estrategia de surtir totalmente una canasta más pequeña de insumos para cada nivel de atención antes de crecer a una gama aspiracional de insumos más amplia. El MSPAS también debe reducir su lista LBM a un número de insumos más acorde con la realidad presupuestaria actual. En cuanto los niveles de inventario comienzan a crecer en el caso de insumos básicos, el MSPAS entonces podría ampliar la gama de medicamentos a medida que asegure un presupuesto más grande para farmacéuticos. Para generar cierto ímpetu organizacional alrededor del problema de la falta de inventario, el MSPAS podría considerar el lanzamiento de una campaña de cero faltante para los 10 artículos que más faltan.
2. El MSPAS y el IGSS deben alinear su LBM de hospitales para mejorar las oportunidades de compras al mayoreo y alinear mejor los protocolos de despacho de medicamentos entre las dos entidades. El MSPAS y el IGSS deben contar con un modelo unificado de servicios a partir del cual puedan desarrollar esta lista EML unificada. La lista debe ser prioritaria, para que cuando los medicamentos no estén totalmente financiados, lo que sucede la mayoría de las veces en Guatemala, las áreas de salud y hospitales tengan la guía que necesitan para ayudarlos a tomar decisiones críticas de compensación o cambio cuando no es factible tener todos los artículos de la LBM recomendada.

3. El MSPAS, el IGSS y Sanidad Militar deben formar una fuerza de trabajo especializada en compras para desarrollar un plan detallado para cambiar a una adquisición más voluminosa (contratos abiertos y compras con cláusula de exención) y mejorar / cambiar los convenios - contratos marco existentes según sea necesario. El proceso de planeación de adquisiciones debe incluir lo siguiente:
 - a. Determinación de oportunidades de ahorro de costos que representa el cambio de contratos de compra mayor de artículos. Una oportunidad de ahorro de costo es aquella en la que se ponga a competir nuevamente los contratos marco en base al conocimiento de precios y mercado global. Determinación del capital de trabajo que se requiere para lograr los ahorros para cada organización.
 - b. Identificación de los artículos prioritarios que representen la mayor oportunidad para mejorar. Identificación de artículos recomendados para la consolidación del contrato.
 - c. De acuerdo con las oportunidades de ahorro identificadas, establecer la composición y estructura del equipo MSPAS/IGSS/SM, la frecuencia de las reuniones, procedimientos operativos estándar, protocolos para la toma de decisiones, salvaguardas de conflictos de interés, solicitudes de muestras de mejores prácticas en solicitudes de cotizaciones y contratos para la adquisición pública de farmacéuticos y cualquier otra forma / herramienta relacionada.
 - d. Evaluación del mercado de la base de proveedores actuales y potenciales de insumos médicos principales que representan el mayor gasto.
4. Disponibilidad de un suministro de emergencia de la canasta de insumos principales del área de salud a nivel central para solventar la presión de faltantes no crónicos a nivel de área de salud.
5. Homologación de los códigos de artículo y ubicación en *todos los sitios e instalaciones dentro del sistema MSPAS* tan pronto como sea posible. Además, estandarizar los códigos de *todos los artículos* en el sistema del MSPAS. Los códigos de sitio y códigos de artículo debieran seguir un estándar uniforme para identificar de manera única a los sitios y los insumos.
6. Facilitar la visibilidad del nivel central de la disponibilidad de inventario a todos los niveles de la cadena de suministro del MSPAS, utilizando los datos de centro de salud y puesto de salud que se capturan en los distritos. Estos datos se pueden cargar directamente al sistema SIGSA tal y como lo hacen actualmente las áreas de salud y los hospitales.

Largo plazo

Las mediciones básicas de una cadena de suministro se relacionan con temas tales como índices de faltante, el porcentaje al que se surten órdenes de niveles inferiores (en un sistema de control de inventario tipo “pull”), porcentaje de precio de referencia internacional que se paga por los insumos y el cumplimiento del insumo con las LBM nacionales. Como se mencionó antes, los índices de falta de inventario en Guatemala apenas recientemente comenzaron a monitorearse de manera rutinaria, muchos contratos marco incluyen incrementos continuos de precio y el porcentaje de surtido de pedidos es normalmente bajo. Los datos de consumo de los establecimientos de salud no se están compilando, lo que permitiría un pronóstico y cuantificación de las necesidades a lo largo del sistema de salud. La reciente introducción de una Unidad de Administración Logística a nivel central del MSPAS es un paso positivo, pero el grupo apenas se encuentra en pañales y necesitará recursos constantes. A continuación se presentan las recomendaciones a largo plazo organizadas a lo largo de los componentes que revisamos de insumos médicos y cadena de suministro.

Recomendaciones:

Política, leyes y reglamentos farmacéuticos

1. Guatemala debe establecer una ley específica, general y de amplio alcance para brindar las bases reales y más información específica sobre control farmacéutico, selección de productos, uso racional y temas relacionados con la regulación farmacéutica.
2. Ampliación de la unidad de inspección farmacéutica del MSPAS y considerar su distribución geográfica a lo largo y ancho del país de acuerdo con la ubicación de los establecimientos farmacéuticos.
3. Subir datos importantes de las estadísticas de inspección y registro actual a www.medicamentos.com.gt para incrementar la transparencia y responsabilidad. Incluir todos los establecimientos farmacéuticos registrados, incluyendo detalles tales como historial de inspección y conclusiones.
4. Alentar la presentación anónima de quejas a través de la página www.medicamentos.com.gt para mejorar la identificación de problemas potenciales en la calidad de los farmacéuticos y los establecimientos.

Adquisiciones

1. Se debe de revisar la Ley Contrataciones del Estado para facilitar los procesos recomendados y la colaboración entre agencias en adquisiciones de gran volumen. Para mejorar la responsabilidad también es necesario poner salvaguardas apropiadas contra la corrupción y en pro de la transparencia. Todos los cambios o revisiones a la ley deben ser sometidas al escrutinio de los especialistas en adquisiciones para garantizar que no haya consecuencias negativas indeseadas en adquisiciones racionales.
2. El Ministerio de Finanzas Públicas debe facilitar información de datos en www.guatecompras.gt para que el público pueda hacer un análisis más profundo para identificar tendencias, patrones y las implicaciones estratégicas representadas en los millones de transacciones de adquisiciones, incluyendo la adquisición de medicamentos. Actualmente la información de estas transacciones sólo está disponible a través de interfase de manera fragmentada.

Almacenamiento y Distribución

1. Consolidación de distribución central-a-área / hospital en todos los programas de salud y todos los destinos con un calendario estandarizado de entregas.
2. Mejoramiento del proceso de requisiciones de BRES para los puestos de salud, centros de salud y distritos reduciendo la cantidad de información que se reúne y uniformando los códigos de ubicación y insumo. A corto plazo, implementar un sistema basado en una hoja de cálculo a nivel de suministro. Por ejemplo, un puesto de salud llenaría un formulario BRES simplificado cada mes que incluya solamente el saldo faltante por artículo en el inventario. El bodeguero (encargado de almacén) en el área de suministro rápidamente determinaría estos saldos, produciendo así la asignación recomendada basada en las necesidades del sitio de menor nivel y el suministro de sitio de nivel superior. Este enfoque simplificado reduce la carga administrativa al nivel inferior y permite un rastreo a la disponibilidad a un nivel superior.
3. Análisis de optimización de red y optimización de transporte para determinar un plan de distribución de central-a-área / hospital y evaluar la posibilidad de eliminar el nivel distrital de la cadena de suministro del MSPAS. Se deben considerar en el diseño de esos análisis variables clave tales como pronósticos a largo plazo del crecimiento de población y el crecimiento del volumen de medicamentos y suministros médicos.

Disponibilidad y acceso a insumos de calidad

- I. Para áreas de salud, en los casos racionales y apropiados, el cambio de compras de la canasta básica a contratos marco para ampliar el poder adquisitivo de las áreas de salud.

Financiamiento de medicamentos

- I. Los presupuestos base de insumos médicos de la UPE (Renglón 266 y 295) fuera de cuantificaciones basadas en logística dirigidos por la recientemente creada Unidad de Administración de Logística.

REFERENCIAS

- Agudelo, Juan, James Rosen, Cecilia Novoa, Anabella Sánchez. 2014. *Estudio de Costos de la Cadena de Suministros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala*. Guatemala: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 4.
- Aldana, María José, Elman, Vix, Aldana, Roberto 2014. Sistematización lecciones aprendidas, Proyecto de Telemedicina en Alta Verapaz. Guatemala.
- ALIANMISAR (*Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva*). 2015. www.alianmisar.org, Acceso 9 de mayo, 2015.
- Barrientos, Néstor. 2013. Diagnóstico de situación del sistema y subsistemas en Recursos Humanos. Realizado en la Dirección de Recursos Humanos, Dirección de Área de Salud de Chimaltenango, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt y Programa Nacional de VIH/SIDA.
- Becerril-Montekio V, López-Dávila L. 2011. The health system of Guatemala. *Salud Pública De México* [serial online] 53 (Suppl 2):s197-s208. Acceso 22 de marzo, 2015.
- Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, Ezzati M, Grantham-McGregor S, Katz J, Martorell R, Uauy R. 2013. “Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries.” *The Lancet*. 382(9890):427-51.
- BMC. 2013. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13:73, doi:10.1186/1471-2393-13-73 <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/73>.
- Bossert T, Bowser D, Amenyah J and Copeland R. 2003. Guatemala: Decentralization and Integration in the Health Logistics System. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER for USAID. <http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/GuatemalaReportR9.Final.senttoprinters.pdf>. Acceso 2 de febrero, 2015.
- Bossert T, Mitchell A, Valladares R, Bowser D. 2009. USAID/Dialogue for Social Investment in Guatemala, Resource Allocation Options for Financing in the Health Sector: International Experience and Lessons for Guatemala. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADQ555.pdf
- Bowser DM, and Mahal A. 2011. Guatemala: the economic burden of illness and health system implications. *Health Policy* 100:159–166.
- Brinkerhoff, Derick, Bossert, Thomas J. 2008. Health Governance Concepts, Experience, and Programming Options. Washington, DC: USAID and Health Systems 20/20.
- Bustamante R, Hurtado E, Zeribi KA. 2012. Improving the Quality of Guatemala’s Public Health System: A View to Institutionalization. *Research and Evaluation Report*. Bethesda, MD: USAID Health Care Improvement Project, University Research Co., LLC (URC)
- Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstadt H, Fronteira I, Lozano R, Nyonator F, Pablos-Méndez A, Quain E, Starrs A, and Tangcharoensathienk T. 2013a. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *World Health Bulletin* 91:853-863. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3853950/pdf/BLT.13.118729.pdf>. Acceso 4 de mayo, 2015.
- Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, Siyam A, Cometto G. 2013b. A universal truth: no health without a workforce. Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization. http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1. Acceso 4 de mayo, 2015.

- Casasola, David. 2014. La Amenaza de los Pactos Colectivos en el Sector Público. Centro de Investigaciones Económicas Nacionales (CIEN). <http://www.cien.org.gt/index.php/la-amenaza-de-los-pactos-colectivos-en-el-sector-publico/>. Acceso 31 de mayo, 2015.
- CEGSS (Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud). 2015. www.cegss.org.gt Acceso 9 de mayo, 2015.
- CNE (Centro Nacional de Epidemiología). 2014: http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/inicio_por_ciento20de_por_ciento20sesion/GUIA_EPIDIARIO_FINAL.pdf. Acceso 8 de mayo, 2015.
- Chomat AM, Solomons NW, Montenegro G, Crowley C, Bermudez OI. 2014. Maternal health and healthseeking behaviors among indigenous Mam mothers from Quetzaltenango, Guatemala. *Rev Panam Salud Pública* 35(2):113–20.
- Cisek C, Revuz C, and Kramer C. 2015. Guatemala Private Sector Assessment for Family Planning, Antenatal Care, and Delivery. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates Inc.
- CNS (Consejo Nacional de Salud). 2012. Informe Trimestral. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala. Enero.
- Comisión Inter-institucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y el Sector Salud. 2014. Informe Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud (RHUS) Guatemala. Subcomisión de Integración Docente-Asistencial. http://www.observatoriorh.org/guatemala/sites/observatoriorh.org.guatemala/files/webfiles/publicaciones/Subcomisiones/INFORME_SOBRE_METAS_REGIONALES_DE_RHUS_No_17_y_No_19.pdf. Acceso 10 de mayo, 2015.
- Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural. 2014. Plan Nacional de Desarrollo K'atun: nuestra Guatemala 2032. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de Guatemala. Guatemala. ISBN: 978-9929-618-82-4.
- Constitución de la República de Guatemala 1945, decretada por la Asamblea Constituyente en 11 de marzo de 1945. Guatemala. (Translation by Abt Associates.)
- Constitución de la República de Guatemala 1985, Asamblea Nacional Constituyente, Constitución Política de la República de Guatemala, 31 de mayo, 1985, modificada por decreto legislativo No. 18-93 de fecha 17 de noviembre, 1993, Guatemala, 1993. http://www.right2info.org/resources/publications/laws-1/guatemala_constitution_eng. Acceso 19 de marzo, 2015.
- Contreras A, y Estrada G. 2012. Estudio sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para disminuir la mortalidad materna en Guatemala, 2013-2022. Boletín No 9. ICEFI (Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales)/UNICEF. 2012.
- Decreto No. 295. 1946. Congreso de la Republica, 30 Octubre de 1946.
- Decreto 114-97. 1997. Congreso de la República de Guatemala. Ley del Organismo Ejecutivo. http://www.wipo.int/wipolex/en/text.jsp?file_id=333358. Acceso 31 de mayo, 2015.
- Decreto 72-2001. 2001. Congreso de la República de Guatemala. Ley de Colegiación Profesional Obligatoria. <http://www.colmedegua.org/files/LeydeColegiacionProfesionalObligatoria.pdf>. Acceso 23 de marzo, 2015.
- Decreto 31-2002. 2002. Congreso de la República de Guatemala. Ley Orgánica de la Contraloría General de Cuentas.
- Decreto 13-2013. 2013. Congreso de Guatemala, Decreto Número 13-2013, Diario de Centro América, Guatemala, November 12.
- Decreto 52-87. 1987. Congreso de Guatemala, Decreto Número 52-87: Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, Guatemala. http://www.fiic.la/biblioteca/Ley_por_ciento20de_por_ciento20los_por_ciento20Consejos_por_ciento20de_por_ciento20Desarrollo_por_ciento20Urbano_por_ciento20y_por_ciento20Rural_Guatemala.pdf. Acceso 19 de marzo, 2015.

- Decreto 90-97. 1997. Congreso de Guatemala, Decreto Número 90-97, Ciudad Guatemala, Guatemala. Traducción extraoficial, Centro de Acción Legal Ambiental y Social de Guatemala (CALAS), http://www.tobaccocontrol.org/files/live/Guatemala/Guatemala_por_ciento20- por_ciento20Decree_por_ciento20No. por_ciento2090-97_por_ciento20.pdf, Acceso 19 de marzo, 2015.
- Decreto 69-98. 1998. Congreso de Guatemala, Decreto Número 69-98, Ciudad Guatemala, Guatemala, (Traducción de Abt Associates)
- Decreto 295-1946. 1946. Congreso de Guatemala, Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Decreto 295, Guatemala. (Traducción de Abt Associates)
- De León RO, y Solís E. 2013. Informe Final del Estudio de Investigación: “Factores que incidieron en la deserción de estudiantes de la Carrera Técnica Universitaria de Enfermería, de la cohorte 2010-2012, en las Universidades: San Carlos, Mariano Gálvez, Panamericana, Galileo y Rafael Landívar de Guatemala”.
- DGRVCS 2015. Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, entrevista personal. 16 de abril, 2015.
- Dmytraczenko T and Almeida G (ed.). 2015. Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean Evidence from Selected Countries. World Bank/PAHO: Washington, DC. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22026/9781464804540.pdf?sequence=2>. Acceso 20 de julio, 2015.
- DRACES 2015. Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, entrevista SHOPS, 2015.
- Fernández, Andrés Martínez. 2014. e-Salud en el ámbito rural. Guatemala: Centro de Innovación en Tecnología para el Desarrollo Humano (utdUPM); Fondo Multilateral de Inversiones (FOMIN).
- Flores, Walter. El Sistema de Salud en Guatemala, 4: ¿Así funcionamos? Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Fort MP, Grembowski DE, Verdugo JC, Morales LC, Arriaga CA, Mercer MA, and Lim SS. 2011. Implementation and progress of an inclusive primary health care model in Guatemala: coverage, quality, and utilization. *Rev Panam Salud Pública* 30(3):217–24.
- Franco LM and Marquez L. 2014. Effectiveness of collaborative improvement: evidence from 27 applications in 12 less-developed and middle-income countries. *BMJ Quality and Safety* 2011;20:658-665.
- Gobierno de Guatemala. 2012. El Plan del Pacto Hambre Cero. Guatemala. http://www.sesan.gob.gt/pdfs/documentos/PLAN_por_ciento20HAMBRE_por_ciento20CERO_por_ciento202012.pdf. Acceso 8 de mayo, 2015.
- Gómez, Ismael. 2015. Secretario Ejecutivo, Consejo de Comunidades de Guatemala por la Salud – CCGS, entrevista personal, 17 de abril.
- Gómez Sabaini, Juan. 2005: Guatemala: Fortalecimiento de las Finanzas Municipales para el Combate a la Pobreza. CEPAL.
- Haub, Carl, and Gribble, James. 2011. The World at 7 Billion. *Population Bulletin* 66(2). Population Reference Bureau.
- Health Systems 20/20. 2012. The Health System Assessment Approach: A How-To Manual. Version 2.0. Bethesda, MD: Abt Associates. www.healthsystemassessment.org
- Health Finance and Governance Project. 2015. *Paving the way for universal health coverage in Peru*. Bethesda, MD: Abt Associates. www.hfgproject.org/paving-the-way-for-universal-health-coverage-in-peru/
- Hernández AR, Hurtig A, Dahlblom K and San Sebastian M. 2014. More than a checklist: a realist evaluation of supervision of mid-level health workers in rural Guatemala. *BMS Health Services Research* 14:112.
- IGSS (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social). 2015a. Boletín Estadístico: Recursos Humanos 2014. http://www.igssgt.org/images/informes/subgerencias/boletin_rrhh2014.pdf. Acceso 2 de agosto, 2015.

- . Listado de Unidades Médicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. http://www.igssgt.org/images/faq/unidades_medicas.pdf. Acceso 4 de agosto, 2015.
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2013. “GBD Compare.” <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acceso 8 de agosto, 2015.
- INE (Instituto Nacional de Estadística). 2011. Encuesta Nacional de Condiciones 2011. Pobreza en Guatemala. <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/12/03/qINtWPlxWYp463fpJgnPOQrjox4JdRBO.pdf>. Acceso 26 de febrero, 2015.
- . 2014a. República de Guatemala: Estadísticas Vitales 2013. Guatemala.
- . 2014b. Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos 1-2014. Guatemala. <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/11/19/L2DEWN0Bo9ArlcqCpcFPSVOzoeFKfIME.pdf>. Acceso 25 de febrero, 2015.
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). 2010. *Informe de la pobreza al 2010*. Lima, Perú.
- Ishida K, Stupp P, Turcios-Ruiz R, Williams D, Espinoza E. 2012. Ethnic Inequality in Guatemalan Women's Use of Modern Reproductive Health Care. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* [serial online] 38(2, June):99-108. Available from: Academic Search Complete, Ipswich, MA. Acceso 20 de marzo, 2015.
- Kawok. 2015. <http://www.kawok.net/home>. Acceso 10 de mayo, 2015.
- Kutzin J. 2008. Health financing policy: a guide for decision-makers. World Health Organization.
- . 2013. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ* 91:602–611.
- La Forgia, Gerard (ed.). 2006. Innovaciones en el sistema de salud de América Central: lecciones e impactos de nuevos enfoques. Washington, DC: World Bank.
- Lao Peña, Christine. 2013. Improving Access to Health Care services through the Expansion of Coverage Program (PED): The Case of Guatemala. Washington, DC: World Bank.
- Lopez Rodas, Gerson, Executive Secretary, Asociación Nacional de Municipalidades. 2015. Entrevista personal, Ciudad Guatemala, Guatemala, 17 de abril.
- Macq J, Martiny P, Villalobos LB, Solis A, Miranda J, Mendez HC, et al. 2008. Public purchasers contracting external primary care providers in Central America for better responsiveness, efficiency of health care and public governance: issues and challenges. *Health Policy* 87: 37788.
- Maeda A, Araujo E, Cashin C, Harris J, Ikegami N and Reich MR. 2014. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies. The World Bank: Washington, DC. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/18867/888620PUBOREPL00Box385245B00PUBLIC0.pdf?sequence=1>
- Martins IC, Luiza VL, Bastos LA, and Ross-Degnan D. Access to medicines for acute illness in middle income countries in Central America. *Rev Saúde Pública* 47(6):1069-79. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206104/>. Acceso 4 de agosto, 2015.
- Martorell, Reynaldo. 2012. Interventions and Policy Options for Combating Malnutrition in Guatemala. Washington, DC: InterAmerican Development Bank. <http://publications.iadb.org/handle/11319/2914?locale-attribute=en>. Acceso 5 de febrero, 2015.
- Maupin, Jonathan Nathaniel. 2009. “Fruit of the accords”: Healthcare reform and civil participation in Highland Guatemala. *Social Science and Medicine* 68: 1456-1463, Elsevier Ltd.
- MINFIN (Ministerio de Finanzas Públicas de Guatemala). 2015. Gasto Público de la Administración Central 1995-2014. Gasto/ Ejecución Presupuestaria por Entidad. <http://www.minfin.gob.gt/index.php/component/content/article/15-estadisticas-e-indicadores/577-gastos-ejecucion-presupuestaria-por-entidad>

- Molina, Gustavo, Contreras A, Monzón JR, Villatoro P. 2015. Análisis de costos de funcionamiento del Modelo Incluyente de Salud (MIS) y del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) en el Distrito municipal de Cuilco, Huehuetenango, versus beneficios esperados en materia de salud y de fortalecimiento institucional. Unpublished report. Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI).
- MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social). 2010. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09). Informe Final: Mujeres. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)/Instituto Nacional de Estadística (INE)/Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Guatemala.
- . 2011. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09). Informe Final: Hombres. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)/Instituto Nacional de Estadística (INE)/Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Guatemala.
- . 2012a. Estimaciones y Proyecciones del VIH y VIH avanzado. Guatemala.
http://www.osarguatemala.org/userfiles/EstimacionesVIHGuatemala_por_ciento202012.pdf. Acceso 8 de mayo, 2015.
- . 2012b. Diagnóstico Nacional de Salud. Guatemala, 2012. (Traducción de Abt Associates)
- . 2014a. Memoria de Labores 2014.
http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/MemoriaLabores/MemorialaboresMSPAS_por_ciento202014.pdf. Acceso 20 de marzo, 2015.
- . 2014b. Plan Estratégico MSPAS 2014-2019. Ciudad Guatemala, Guatemala.
- . 2014c. Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Lucha Contra El VIH y el sida. MSPAS Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Ciudad Guatemala, Guatemala.
- . 2015a. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ciudad Guatemala, Guatemala, entrevistas personales, abril, 2015.
- . 2015b. Estrategia de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional del Primer Nivel de Atención. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 16 de abril.
- . 2015c. Cuentas Nacionales de Salud, Reporte de Guatemala al Informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ministerio de Salud Pública Asistencia Social (MSPAS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS).
- . 2015d. Situación de la mortalidad materna: Informe de País 2013. Guatemala.
<http://www.osarguatemala.org/userfiles/Informe%20MM%202013%20final-2.pdf>. Acceso 10 de agosto, 2015.
- . 2015e. Departamento de Finanzas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ciudad Guatemala, Guatemala, entrevistas personales, Abril, 2015.
- MSPAS/INE/INCAP/USAID/Embajada de Suecia en Guatemala. 2014. Memorandum of Understanding for Completing the 2013-2014 Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil. Guatemala MSPAS/PAHO 2007-2008-2009. Indicadores Básicos de Salud. Guatemala.
- MSPAS/PAHO. 2013. Segunda Medición de Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud: Informe Final, Guatemala.
http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_gua.pdf Acceso 7 de marzo, 2015.
- MSPAS/SE-COMISCA/CDC. 2013. Informe Final de la Evaluación de Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH en Guatemala. Guatemala.
- ONHRS (Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud). 2015. Programa de Residencias Médicas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. <http://www.observatoriorh.org/guatemala/?q=node/82>. Acceso 25 de mayo, 2015.
- . 2015. <http://www.observatoriorh.org/?q=node/242>. Acceso 19 de marzo, 2015.

- OECD (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico). 2015. Revenue Statistics in Latin America and the Caribbean.
- Owen KK, Obregón EJ, and Jacobsen KH. 2010. A geographic analysis of access to health services in rural Guatemala. *International Health* 2:143-149.
- Oxford Poverty and Human Development Initiative. 2011. Multidimensional Poverty Index. www.ophi.org.uk
- PAHO (Organización Panamericana de la Salud). 2007a. Health Systems Profile Guatemala, February 2007 (third edition). Washington, DC: PAHO. http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Guatemala_2007.pdf
- . 2007b. Renewed PHC. Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, DC: PAHO. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js19055en/>. Acceso 6 de agosto, 2015.
- . 2012. Health in the Americas: Edición 2012n. Washington, DC: PAHO, 2012. http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=en. Acceso 7 de marzo, 2015.
- . 2015. *Mapa de densidad de recursos humanos en salud por cada 10 mil habitantes*.
- PAHO/WHO. 2014. Ministry of Public Health and Social Assistance Health Information System, Recommendations and Roadmap for Implementation. Guatemala.
- Perez, Luis Miguel. 2015. Experiencias y oportunidades de compras conjuntas en Guatemala. Bethesda, MD, USA: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates Inc.
- Presidente de la República. 2001. “Acuerdo Gubernativo No. 68-2001, Reglamento General del Consejo Nacional de Salud.” http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/DGRVCS/Salud_publica/Acuerdos_por_ciento202/AG_por_ciento2068-2001_por_ciento20.pdf. Acceso 19 de marzo, 2015.
- Ramos Muñoz Belinda, Sosa Velásquez, Mario. 2010. Consejos de desarrollo y participación ciudadana en Guatemala (1985-2009). Guatemala, Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas.
- Red Humanitaria. 2009. Resultados de la valoración de inseguridad alimentaria y nutricional en los departamentos del Corredor Seco del oriente de Guatemala, Quiché e Izabal.
- RENAP (Registro Nacional de las Personas). 2015. http://www.renap.gob.gt/por_cientoC2_por_cientoBFque-es-el-dpi. Acceso 10 de mayo, 2015.
- Rohloff P, Díaz AK and Dasgupta S. 2011. “Beyond development”: A critical appraisal of the emergence of small health care nongovernmental organizations in rural Guatemala, *Human Organization* 70(4):427–437.
- SEGEPLAN (Secretaría de Planificación y Programación). 2011. Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007. http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_content&view=article&id=766:presentan-estudio-nacional-de-mortalidad-materna&catid=25:ultima&Itemid=115. Acceso 19 de marzo, 2015.
- . 2014. Cálculo matemático para la distribución de la asignación Constitucional para las 334 Municipalidades del País para el año 2014. Presidencia de la República de Guatemala.
- SESAN (Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional). 2008. Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Guatemala. http://www.sesan.gob.gt/pdfs/sesan/marco-legal/Ley_de-SAN.pdf. Acceso 8 de mayo, 2015.
- SIAF (Sistema Administrativo y Financiero) IGSS. 2009. Guía de usuario Sistema Informático de Gestión: SIGES. Guatemala.
- SIAS (Sistema Integrado de Atención a la Salud). 1999. Guatemala: La Experiencia Exitosa del a Extensión de Cobertura. In *Avances: Extension de Cobertura Primer Nivel de Atención en Salud*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.

- SIGSA 2013. Documento de Especificaciones, Requerimientos y Criterios de Aceptación de Software para el “Sistema Integrado de Información para el Primer y Segundo Nivel de Atención en Salud Basado en la Ficha Única” Versión 1.0. Guatemala.
- . 2015a. Manual de Organización, Puestos y Funciones, Versión 1.0-3-2015. Guatemala. <http://sigsa.mspas.gob.gt/uno/2013-08-22-21-18-41/sigsa-web.html?start=20>. Acceso 8 de mayo, 2015.
- . 2015b. <http://sigsa.mspas.gob.gt/tablero/informativo/index.php/uno/balances-de-ejecucion-financiera>. Acceso 8 de mayo, 2015.
- . 2015c. Morbilidad por VIH-SIDA años 2009 al 2015. Datos preliminares acumulados hasta la semana 16 (04/01/2015 al 25/04/2015). MSPAS.
- SIINSAN 2015a (Sistema de Información, Monitoreo y Alerta de la Inseguridad Alimentaria y Nutricional). 2015a. <http://www.siinsan.gob.gt/MODA>. Acceso 10 de mayo, 2015.
- . 2015b. http://www.siinsan.gob.gt/Evaluacion_De_Impacto. Acceso 10 de mayo, 2015.
- TulaSalud. 2013. Informe Proyecto Piloto Fase I, Ficha Única Digital. Guatemala.
- Naciones Unidas. 2011. Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute al más alto nivel posible de salud física y mental. New York, NY.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2011. Human Development Report 2011. Human Development Report 2011 Sustainability and Equity: A Better Future for All. New York, NY. http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/271/hdr_2011_en_complete.pdf. Acceso 10 de agosto, 2015.
- . 2014. Human Development Report 2014. Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience: New York, NY. <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-report-2014>. Acceso 4 de marzo, 2015.
- UNICEF/ IOM (Organización Internacional sobre Migración). 2011. Encuesta sobre Remesas 2010, Protección de la Niñez y Adolescencia Guatemala. <https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/media/docs/reports/Guatemala-2010-migrant-remittance-survey.pdf>. Acceso 8. 2015.
- USAID (United States Agency for International Development) GeoCenter. 2015. Geographic analysis of MSPAS infrastructure and supply chains. With inputs from: USAID HPP Project, MSPAS, SIAS, Oak Ridge National Lab.
- USAID/Office of the Representative to Barbados, MEASURE Evaluation, AID Inc., University of North Carolina Chapel Hill, Macro International Inc. and St. Georges University. 2006. St. Vincent and the Grenadines Caribbean Region HIV and AIDS Service Provision Assessment Survey 2005. Chapel Hill: MEASURE Evaluation.
- USIP (United States Institute of Peace). 1998. Acuerdo de Paz Firme y Duradera. USIP Peace Agreements Digital Collection.
- Van Dijk M, Ruiz MJ, Letona D and García SG. 2013. Ensuring intercultural maternal health care for Mayan women in Guatemala: a qualitative assessment. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care* 15:sup3, S365-S382. <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2013.779026>. Acceso Aug. 6, 2015.
- WHO (World Health Organization). 1998. Model System for Computer-Assisted Drug Registration: SIAMED User Manual. Geneva: WHO.
- . 2006. The World Health Report 2006 – Working together for health. Geneva: WHO. http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1. Acceso 19 de marzo, 2015.
- . 2007. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action. Geneva: WHO. 2007.

- . 2010. The World Health Report 2010 – Health Financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO. <http://www.who.int/whr/2010/en/>. Acceso 19 de marzo, 2015.
- . 2014a. Country Cooperation Strategy, Guatemala. Global Health Observatory, WHO. Abril. Acceso 19 de marzo, 2015. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_gtm_en.pdf?ua=1
- . 2014b. Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Geneva: WHO. www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/112671/1/9789241507158_eng.pdf?ua=1
- . 2014c. World Health Statistics 2014. Geneva: WHO. 2014.
- . 2015. Global Health Expenditure Database. <http://apps.who.int/nha/database>. Acceso 11 de junio, 2015.
- World Bank. 2015. Banco Mundial, Indicadores Mundiales de Desarrollo, <http://databank.worldbank.org/data/views/variableselection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators>. Acceso 9 de mayo, 2015.
- WGI 2014: World Bank Worldwide Governance Indicators, <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#reports>. Acceso 17 de marzo, 2015.



BOLD THINKERS DRIVING
REAL-WORLD IMPACT